

37
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

28

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques MARTIN

Né le 11 décembre 1899 à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'AVENIR GÉNITAL

DES MALADES OPÉRÉES

DE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(ETUDE CRITIQUE ET ESSAI DE PATHOGÉNIE)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1929

88

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques MARTIN

Né le 11 décembre 1899 à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'AVENIR GÉNITAL

DES MALADES OPÉRÉES

DE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(ETUDE CRITIQUE ET ESSAI DE PATHOGÉNIE)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TIESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
CASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
CAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
CINET . . .	Physiologie.
LANCHETIÈRE . .	Chimie biologique.
PROCC . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHABROL . .	Pathologie médicale.
CHIRAY . . .	} Pathologie médicale.
CLERC . . .	
DEBRÉ . . .	Hygiène.
DOGNON . . .	Physique.
DOONZELOT . .	Pathologie médicale.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FISSINGER . .	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
GATELLIER . .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
MUTINEL . . .	Pathologie médicale.
ROYEUX . . .	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . .	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Ferdinand) . . .	Pharmacologie.
METZGER . . .	Obstétrique.
MONDOR . . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON . . .	Histologie.
OBERLING . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER . . .	Anatomie.
PHILIBERT . .	Bactériologie.
QUENU . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RA-DOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophthalmologie.
VERNE . . .	Histologie.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . .	Pharmacologie.
GUÉNIOT . . .	Obstétrique.
LEQUEUX . . .	Obstétrique.

MM.

NEVEU LEMAIRE	Parasitologie.
REFFTERER . .	Histologie.
ZIMMERN . . .	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .		PROUST . .	
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Dont l'exemple m'a toujours fourni
dans la vie, le plus bel exemple de
travail, de droiture et de modestie.*

A MA MÈRE

*Qui, depuis mon enfance, n'a cessé de
m'aider et de me soutenir de toute
sa tendresse au cours de mes études,
et à qui je dois d'être ce que je suis,
je dédie ce modeste travail en
témoignage de ma reconnaissance
infinie.*

A MA FEMME

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

AUX MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
de nous accueillir dans son service
et de bien vouloir accepter la prési-
dence de cette thèse,*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur CHIFOLIAU

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Dont la bienveillance pour nous ne
s'est jamais démentie et à qui nous
sommes redevable de tant de pré-
cieux conseils.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur E. MICHON

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Que nous remercions chaleureusement
de l'enseignement qu'il nous a don-
né dans son service.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

1917. — M. le Professeur H. HARTMANN.

1919. — M. le Docteur LEGRY.

M. le Professeur C. LENORMANT.

Externat

1920-1921. — M. le Professeur RIBIERRE (*in memoriam*)

1921-1922. — M. le Docteur A. COMTE.

M. le Professeur LÉON BERNARD.

1922-1923. — M. le Docteur JULES RENAULT.

1923-1924. — M. le Professeur B. CUNÉO.

M. le Docteur L. DEVRAIGNE.

1924-1925. — M. le Docteur CHABROL.

Internat

1925-1926. — M. le Docteur E. DESMAREST.

1926-1927. — M. le Docteur G. LABEY.

1927-1928. — M. le Docteur M. CHIFOLIAU.

1928-1929. — M. le Docteur E. MICHON.

1929. — M. le Professeur J.-L. FAURE.

M. le Docteur LOUIS MICHON.

Messieurs les Docteurs MÉTIVET, LOUIS BAZY,
RICHARD, BRAINE.

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

JACQUES LERMOYEZ (*in memoriam*), HUET, J. C. BLOCH,
OURY, MARQUÉZY.

A M. JEAN LECERF

Interne des Hôpitaux de Paris

(*in memoriam*)

A M. le Docteur JACQUEMIN

INTRODUCTION

Nous avons eu au cours de notre Internat l'occasion d'opérer fréquemment des malades présentant des accidents variables de grossesse ectopique. Il nous a été donné récemment de revoir quelques-unes de nos opérées dont deux présentaient une grossesse utérine normale.

Il nous a alors paru intéressant de rechercher parmi toutes les opérées que nous connaissions les suites génitales éloignées de l'intervention qu'elles avaient subie. Grâce à l'obligeance de nos collègues qui nous ont autorisé à le faire, nous avons pu retrouver soixante femmes, toutes opérées de grossesse extra-utérine qui nous ont donné des renseignements précis sur leur état actuel.

Il s'agit là, naturellement, de cas divers, opérés il y a plus ou moins longtemps et dans des conditions différentes, les unes lors d'accidents aigus à type d'inondation, les autres pour des syndromes annexiels plus ou moins nets, dont seule l'intervention a permis de fixer nettement la nature.

Chez toutes ces opérées l'étude des suites éloignées nous a paru intéressante à divers points de vue.

Tout d'abord en raison de l'intérêt que présente toujours en soi une statistique opératoire.

De plus, en ce qui concerne plus particulièrement les suites des grossesses ectopiques opérées par castration unilatérale, nous avons été frappé dans les cas que nous avons retrouvés du nombre important de stérilités persistantes et du faible pourcentage, par contre, des récidives, contrairement à l'opinion de certains auteurs étrangers qui estiment ce chiffre assez élevé.

Enfin, sans parler du point de vue social de ces stérilités persistantes après une ectopique opérée, il nous a paru intéressant de rechercher l'évolution génitale ultérieure de ces femmes, afin d'y mettre en lumière si possible, les causes des troubles qu'elles présentent. Il nous semble, en effet, que la cause majeure des incidents qui émaillent leur vie génitale, récidives d'ectopique, stérilité, troubles dans les grossesses normales ultérieures, doit être beaucoup plus recherchée dans des lésions de l'appareil utéro-annexiel restant que dans une prédisposition hypothétique quelconque.

C'est pour ces diverses raisons que ce travail nous a paru digne d'intérêt.

Nous n'avons donc pas cherché à faire œuvre originale. Nous n'avons eu en vue que de contribuer modestement à l'étude de la grossesse extra-utérine dans ses suites éloignées, simplement désireux d'apporter notre faible contribution à la somme importante des travaux des Maîtres qui ont, bien avant nous, apporté sur ce sujet la lumière de leur expérience.

Nous sommes heureux de remercier ici tous ceux qui nous ont aidé de leurs conseils et de leur expérience au cours de ce travail, en particulier M. le Dr Louis MICHON, chirurgien des Hôpitaux de Paris, dont les critiques nous ont été infiniment utiles, ainsi que les collègues d'internat qui nous ont autorisé à nous servir de leurs observations personnelles.

PLAN

I. — RAPPEL DES DIVERS FACTEURS DÉTERMINANT LA NIDATION ECTOPIQUE.

A) Mécanisme de la fécondation normale.

1. Fécondation.
2. Migration ovulaire.
3. Nidation utérine.

B) La grossesse extra-utérine.

1. Fécondation (elle reste normale).
2. La nidation anormale et la nidation ectopique.
— Ses causes essentielles. — L'infection annexielle. — Ses modalités.
Lésions extra-tubaires.
Lésions endo-tubaires.
3. Importance de l'étiologie inflammatoire et ses arguments anatomo cliniques.

II. — LES SUITES OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉES.

A) Généralités.

B) Les récurrences d'extra-utérine.

- Fréquence.
- Pathogénie.
- Causes du faible pourcentage (3,27 %).
- Clinique.
- Déductions thérapeutiques.

C) Les grossesses utérines (20 %).

1. Interrompues avant terme. — Fréquence. —

Rôle de l'infection utéro annexielle.

2. Atteignant le terme.

D) La stérilité post-opératoire.

Fréquence (76,7 %).

Malades présentant une lésion génitale cliniquement perceptible.

Les métrites cervico-utérines.

Les déviations utérines.

Les annexites.

Malades ne présentant aucune lésion génitale cliniquement apparente.

Radio-diagnostic lipiodolé utéro-tubaire.

Stérilités de cause tubaire.

Stérilités de cause ovarienne.

Stérilités par insuffisance endocrinienne.

III. — ESSAI DE PATHOGÉNIE DE CES DIVERSES ÉVENTUALITÉS.

IV. — TRAITEMENT.

Des accidents aigus.

Traitement d'urgence conservateur.

Des accidents apparus au cours des suites éloignées.

Des récidives.

Des grossesses utérines.

De la stérilité.

V. — BIBLIOGRAPHIE.

RAPPEL DES DIVERS FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA NIDATION ECTOPIQUE

L'étude de la pathogénie des grossesses extra-utérines nécessite une compréhension exacte et précise du mécanisme de la fécondation ovulaire.

Toute grossesse ectopique présuppose, en effet, une fécondation d'un ovule. Cette opération peut être subdivisée en plusieurs temps qu'il est nécessaire de rappeler pour en étudier ensuite les modifications pathologiques.

A. — Mécanisme de la fécondation normale

Premier temps. Préconceptionnel. — Le spermatozoïde déposé dans les voies vaginales au voisinage du col utérin, effectue sa migration utérine et va alors s'engager dans une trompe.

Il est permis de se demander si le côté où s'engage l'élément mâle ne serait pas d'ailleurs déterminé par une polarisation physiologique due au corps jaune de l'ovaire qui vient d'effectuer sa dernière ovulation. Quoi qu'il

en soit, à ce moment, deux éventualités peuvent être envisagées :

a) Tantôt (le fait est d'ailleurs rare) la trompe est anatomiquement et totalement obstruée empêchant toute pénétration du spermatozoïde. Il est évident que, dans ce cas, la fécondation ne peut avoir lieu en aucun cas par ce côté et que la trompe opposée peut seule fonctionner si elle ne présente pas les mêmes lésions ;

b) Tantôt (et c'est le cas le plus fréquent) la trompe, même anormale, permet la migration du spermatozoïde. Celui-ci progresse alors vers l'extrémité ovarienne de la trompe. C'est alors que, pour la majorité des auteurs, cet élément mâle rencontre dans le tiers externe de la trompe l'ovule pondu par l'ovaire quelques jours auparavant. Cette notion classique est cependant passible de variations quant au siège exact de cette rencontre et le fait n'est pas sans importance comme nous le verrons plus loin.

La fécondation se produit alors.

2^e Temps. *Migration de l'œuf fécondé.* — Cet œuf fécondé se trouve actuellement dans la trompe, mais n'y reste pas. Aidé en cela par les *mouvements propres de la trompe* et par l'action de *l'épithélium cilié de la muqueuse tubaire*, il est alors dirigé vers l'utérus, franchit l'ostium utérine et se fixe alors en un point de la muqueuse utérine déjà modifiée et prête à le recevoir par l'action du corps jaune gestatif de l'ovaire bien différent du corps jaune périodique (PINARD).

C'est alors que se trouvant dans un milieu physiologiquement propice, l'œuf va entrer dans le stade suivant.

3^e Temps. Développement de l'œuf. — Nous n'étudions pas ce stade qui relève de la physiologie utérine normale.

B. — La grossesse ectopique

Tel est le mécanisme physiologique normal de la *fécondation avec nidation utérine* de l'œuf.

Quelle est la cause de ces modifications profondes en cas de *grossesse ectopique* ?

Il faut dès l'abord dissocier nettement la question et considérer que des *deux éléments essentiels d'une grossesse extra-utérine* :

La fécondation d'une part reste normale dans son essence,

et que la *nidation* d'autre part, seule par ses caractères anormaux conditionne toute la maladie.

Cette possibilité de nidation anormale n'est du reste pas l'apanage exclusif de la trompe. L'utérus lui-même peut en présenter également et les insertions basses de l'œuf, véritable grossesse angulaire inférieure ou les insertions angulaires supérieures constituent là aussi de véritables anomalies de nidation entièrement comparables à la fixation ectopique de l'œuf sur un segment tubaire.

Ce qui différencie simplement l'évolution clinique de ces nidations ectopiques utérines ou salpingiennes, c'est l'absence de phénomènes de rupture dans les premières puisqu'elles évoluent dans l'utérus qui peut les évacuer à l'extérieur sans se rompre.

Du point de vue pathologie générale, on voit donc l'homologie réelle de toutes ces nidations ectopiques. Cependant, le point de vue particulier de la grossesse tubaire seul nous intéressant, la pathogénie de cet accident mérite d'être étudiée avec un soin tout particulier.

Causes ovulaires

En envisageant les diverses causes qui peuvent la déterminer, nous éliminerons d'emblée les causes ovulaires.

L'œuf ne saurait par lui-même déterminer son arrêt anticipé dans son trajet tubaire. A ce stade, en effet, il ne s'agit que d'un ovule à peine fécondé ne présentant par conséquent pas encore de modifications susceptibles de troubler les conditions de son transit salpingien.

L'hypothèse d'une maladie propre à l'œuf ayant perdu ses possibilités de migration semble donc reposer sur des bases théoriques et fragiles.

Les causes essentielles déterminantes de la nidation ectopique doivent donc être recherchées bien plutôt dans des lésions génitales maternelles infiniment plus fréquentes.

Causes maternelles génitales

C'est en effet essentiellement parmi les lésions de l'appareil génital maternel qu'il faut rechercher les causes déterminantes de la fixation anormale de l'œuf. Ces lésions déterminent l'accident, ce point semble évident. Mais, ce qui est capital, c'est que ces *lésions*

souvent banales se retrouvent au niveau des annexes opposées et cette *bilatéralité des lésions* nous rendra compte des diverses éventualités pathologiques que nous rencontrerons au cours des suites éloignées de ces malades.

Ces lésions annexielles factrices de la nidation ectopiques sont d'ailleurs faciles à dépister et à mettre en lumière.

Pratiquement, exception faite du cas particulier de la tuberculose annexielle que nous n'envisagerons pas, deux microbes entrent seuls en ligne de compte dans la genèse des altérations tubaires : le streptocoque et le gonocoque.

Mais le *streptocoque* n'entre en jeu qu'à la faveur d'une infection utérine post-partum ou surtout post-abortum. On connaît le caractère aigu de ses manifestations salpingiennes à localisation *toujours unilatérale* ou presque, suivies d'une guérison clinique presque complète.

Dans la grande majorité des cas c'est au *gonocoque* qu'il faut attribuer ces lésions annexielles *bilatérales d'emblée, désespérément chroniques*, aboutissant finalement à *l'imperméabilité tubaire* des deux côtés.

Chez la plupart de nos malades opérées d'extra-utérine, l'interrogatoire rétrospectif mettait le fait nettement en lumière et il était facile de retrouver chez elles le début des petits signes de gonococcie génitale dans les premiers mois du mariage à la suite d'une contamination maritale méconnue.

L'étiologie gonococcique très fréquente et la *bilatéralité des lésions* nous semblent donc deux facteurs ca-

pitaux dans l'histoire d'une grossesse ectopique et de ses suites éloignées.

On peut donc en quelque sorte dire que celle-ci, loin d'être une maladie isolée n'est en réalité qu'un accident intercurrent conditionné par un état pathologique de l'appareil génital qui existait antérieurement et qui persiste bien souvent après, au niveau des annexes laissées en place.

Mécanisme de la nidation ectopique

Le déterminisme de l'arrêt anormal de la migration de l'œuf doit être diversement interprété suivant le point où se produira cet arrêt, suivant que l'œuf a ou n'a pas encore pénétré dans la trompe.

On peut ainsi les grouper en :

Grossesses ectopiques extra-tubaires.

Grossesses ectopiques endo-tubaires.

Grossesses ectopiques extra-tubaires

Dans ce premier cas, l'évolution de l'œuf arrêtée très tôt réalise ces grossesses ovariennes ou péritonéales, voire même développées sur une frange ovarique, dans lesquelles l'œuf fécondé s'est développé au voisinage immédiat de son point de départ ovarien sans avoir pu être recueilli par le pavillon de la trompe.

Le point de départ de tels accidents doit être essentiellement recherché parmi des *causes inflammatoires* modifiant profondément les rapports réciproques de l'ovaire et de l'infundibulum tubaire.

Causes ovariennes..

Tantôt il s'agit de causes ovariennes. L'ovaire enflammé se fixe dans sa fossette, devient adhérent et s'entoure de brides de péritonite chronique cortico-ovarienne, toutes causes qui, si elles permettent bien la fécondation par la venue du spermatozoïde, suffisent néanmoins à fixer d'emblée l'œuf presque au niveau de la vésicule de Graaf ou même sur le péritoine juxta-ovarien réalisant ces divers types de grossesse ovarienne ou péritonéale.

Ces adhérences inflammatoires de l'ovaire avec parfois ectopie de l'organe sont actuellement de notion courante, d'innombrables comptes rendus opératoires signalant en effet cet état pathologique de l'ovaire rendant même impossible sa conservation (Barret, *Thèse Paris*, 1927).

Causes infundibulaires.

Dans d'autres cas, les lésions ovariennes ne suffisent pas à expliquer la nidation extra-tubaire. Il s'agit alors dans nombre de cas d'une lésion extrêmement intéressante : *l'imperméabilité de l'ostium abdominale*.

Dans ce cas en effet, les franges du pavillon présentant également des lésions inflammatoires s'accolent par leurs faces séreuses et réalisent l'oblitération presque totale de l'orifice péritonéal de la trompe (Reymond) empêchant ainsi la pénétration de l'œuf dans la trompe et permettant même parfois sa nidation sur une de ces franges enflammée et adhérente à l'ovaire.

On le voit donc, les lésions inflammatoires surtout discrètes et chroniques de l'appareil annexiel dans son segment infundibulo-ovarien sont à la base même de nombreuses nidations extra-tubaires ovariennes ou péritonéales. Ce sont là d'ailleurs des lésions extrêmement fréquentes se retrouvant dans la plupart des cas de salpingite chronique uni ou bilatérale.

Grossesses ectopiques endo-tubaires

Ce sont là assurément les plus fréquentes des nidations ectopiques.

Pour dix grossesses extra-utérines on relève dans la plupart des statistiques environ 9/10 de nidations endo-tubaires.

Cet arrêt anormal de l'œuf dans le segment tubaire de sa migration, relève comme nous allons le voir de diverses causes de valeur inégale.

Il est de notion courante que les salpingites anciennes avec coudures des trompes, flexuosités de l'organe, compression par des adhérences, sont susceptibles de bloquer l'œuf au cours de son trajet. Ce sont là des faits bien connus à la base desquels une altération morphologique de la trompe détermine la nidation ectopique. Il s'agirait en quelque sorte de causes mécaniques expliquant aisément la genèse des accidents.

Cependant les protocoles opératoires signalant la découverte d'une grossesse extra-utérine interrompue siégeant sur une trompe présentant de grosses lésions anatomiques sont assez rares.

Dans de très nombreux cas au contraire il s'agit de trompes turgescentes par le caillot qui les emplit mais ne présentant pas à leur périphérie de grosses lésions anatomiques de salpingite ancienne. Dans ces cas, qui semblent constituer la grosse majorité des extra-utérines opérées, la cause déterminante de la nidation ectopique ne nous semble pas devoir être recherchée parmi des lésions grossières de salpingite constituée avec péritonite péri-annexielle, mais bien plutôt dans une simple altération qualitative de la muqueuse tubaire avec troubles de la physiologie normale de la trompe modifiant les conditions du transit ovulaire.

Les travaux histologiques et les recherches modernes ont bien mis en lumière, en effet, ce chapitre de la physiologie tubaire. Des travaux récents ont montré que, des parcelles de charbon ayant été injectées dans le cul-de-sac de Douglas ont été retrouvées quelques jours après dans l'utérus et dans le vagin. D'autre part, les phénomènes de préhension, d'accolement du pavillon sur l'ovaire ainsi que les mouvements contractiles de la trompe sont connus depuis longtemps. Le rôle mécanique des *contractions tubaires* est donc à l'heure actuelle démontré.

D'autre part, *l'épithélium de recouvrement de la muqueuse tubaire* pourvu de *cils vibratiles* coordonne son action à celle des mouvements de la trompe pour faciliter la progression de l'œuf vers la cavité utérine.

Ainsi, en dehors de grosses lésions anatomiques salpingiennes comprimant, coudant, ou même supprimant fonctionnellement la trompe, en dehors donc de ces

grosses lésions anatomiques qui, répétons-le, ne semblent pas pouvoir être fréquemment invoquées dans la genèse des nidations ectopiques, d'autres lésions, discrètes celles-là, histologiques généralement, semblent infiniment plus importantes dans le déterminisme de ces accidents.

On conçoit facilement en effet que des altérations inflammatoires discrètes puissent déjà *modifier considérablement l'élasticité et la contractilité tubaire* favorisant ainsi la nidation endo-salpingienne.

D'autre part, les *modifications histologiques de l'architecture de la muqueuse tubaire* détruisent l'épithélium cilié, déterminent une hyperplasie des franges tubaires, comblent même en outre la lumière de l'organe d'exsudats pathologiques et deviennent par là causes efficaces de l'arrêt prématuré de l'œuf qui se fixe ainsi au point où il est bloqué.

La nidation ectopique nous semble donc en définitive relever essentiellement d'un état pathologique discret, histo-organique de l'appareil tubaire modifiant sa perméabilité, beaucoup plus que de lésions organiques constituées, et c'est le gonocoque qui dans presque tous les cas a déterminé aux dépens d'une petite métrite du col cette déficience de la conductibilité salpingienne.

Ces notions dont la plupart sont déjà connues nous ont cependant semblé devoir être synthétisées *par l'intérêt majeur* qu'elles présentent.

D'une part, elles attribuent à ces accidents une origine *tubaire* presque toujours *inflammatoire*, en particulier par des lésions minimales et silencieuses, et cette

notion rend compte du nombre élevé d'extra-utérines, étant donnée l'extrême fréquence des lésions inflammatoires annexielles, torpides, discrètes et presque histologiques qui se rencontrent si souvent à la suite d'une simple métrite, par exemple.

— Enfin, elles expliquent, étant donnée l'origine inflammatoire de ces accidents, que l'infection qui a joué le rôle déterminant dans leur genèse continue bien souvent son action après l'intervention au niveau des annexes opposées, expliquant ainsi parfaitement le déterminisme des troubles que présenteront les opérées dans leur vie génitale, au cours de leurs suites éloignées.

Ainsi les facteurs que nous venons d'étudier dans la pathogénie de la grossesse extra-utérine ne présentent pas qu'un intérêt rétrospectif en quelque sorte, expliquant le mécanisme de l'accident.

Ces facteurs et l'infection tubaire discrète en particulier persistent en effet bien souvent au niveau de l'appareil utéro-annexiel restant. C'est donc à la lumière de ces données pathogéniques de l'accident initial que nous étudierons les suites éloignées de nos opérées, en essayant de rattacher les phénomènes qu'elles accusent à l'état pathologique antérieur qu'elles présentaient.

LES SUITES OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉES

I. — Généralités

A la suite d'une fécondation extra-utérine opérée par ablation de l'annexe malade, il semblerait à première vue que les choses dussent reprendre un cours normal, l'appareil génital continuant à fonctionner normalement avec un utérus sain pourvu d'une trompe et d'un ovaire sains.

En réalité, le mécanisme de ces suites opératoires est très complexe, car divers facteurs entrent en jeu qui modifient plus ou moins considérablement la physiologie génitale.

Au minimum, *de simples causes mécaniques* sont à considérer.

La section entre deux ligatures des annexes d'un côté provoque déjà à elle seule une rétraction tissulaire de ce côté et suffit à expliquer ces *déviation utérines* secondaires si fréquentes, surtout latéro-déviation, voire même rétroversions quand elles ne se compliquent pas de coudures utérines surajoutées.

En outre, l'épanchement sanguin, si l'on est intervenu

après constitution d'une hématocele enkystée, entraîne également des *adhérences péri-utérines*. L'utérus, alourdi par la congestion grávidique de l'organe, entouré de caillots que l'on n'arrive pas toujours à déterger complètement, contracte des adhérences viscérales à l'intestin, au rectum, à l'épiploon expliquant, outre les déviations déjà citées, les douleurs viscérales qu'accusent longtemps après les opérées.

D'autre part, l'*infection utéro-annexielle* discrète ou marquée, qui existait déjà avant les accidents de grossesse ectopique vient encore bien souvent modifier l'état de l'appareil génital restant par des lésions si fréquentes de *métrite, cervico-utérine* ou de *salpingite chronique du côté opposé*. L'utérus lui-même n'est d'ailleurs pas à l'abri de lésions de dégénérescence bénigne ou maligne.

Signalons enfin les troubles endocriniens toujours possibles chez une femme castrée d'un ovaire dont l'autre peut être ou devenir insuffisant.

Comme nous venons de l'esquisser très brièvement l'appareil utéro-annexiel de la femme opérée de grossesse extra-utérine ne doit donc plus être considéré simplement comme un appareil normal amputé d'une trompe et d'un ovaire.

Pratiquement, c'est presque toujours un *appareil génital plus ou moins profondément modifié* du triple point de vue :

Anatomique ;

Pathologique ;

Endocrinien.

Nous basant donc sur l'étude critique de nos 61 observations cliniques, nous allons tenter à présent d'envisager les diverses éventualités qui peuvent constituer l'avenir habituel de ces opérées.

La fonction de l'appareil génital étant avant tout la fécondation, c'est autour de cette éventualité que nous axerons notre étude en envisageant successivement par ordre de fréquence croissante :

- A. — Les récidives d'extra-utérine ;
- B. — Les grossesses utérines ultérieures ;
- C. — La stérilité post-opératoire persistante.

II. — Les récidives d'extra-utérine

Fréquence. — A vrai dire, c'est là l'éventualité la plus rare dans l'avenir des femmes opérées d'extra-utérine. Les diverses statistiques s'accordent sur ce point à fixer la fréquence de cet accident à 4 à 5 %. Lejars à 4 à 5 %. Smith et Dietrich à 5 %. Personnellement nous relevons les observations nos XXVIII et LVIII, soit 2 sur 61, ce qui porte notre proportion à 3,27 %.

Pathogénie. — Cette possibilité de récurrence de nidation ectopique dans la trompe opposée a permis à quelques auteurs d'envisager la possibilité d'une prédisposition morphologique quelconque (Pavillon rudimentaire, conduit salpingien accessoire, etc.). En réalité, cette question des récidives des nidations ectopiques repose simplement le problème de la pathogénie de ces accidents. Nous n'envisagerons donc pas la question sous

cet angle. Nous étudierons par contre les causes du faible pourcentage de ces récides. Nos malades ayant en effet toutes déjà présenté une nidation ectopique comment expliquer que les phénomènes déterminant cet accident ne se soient reproduits que dans 5 % des cas ?

Il semble, en effet, à première vue que, si l'on admet que des lésions même discrètes de l'appareil annexiel peuvent entraîner la nidation ectopique de l'ovule, le côté opposé, bien souvent atteint des mêmes lésions, devrait être particulièrement exposé à de tels accidents. Or, il n'en est rien, ou du moins cela n'est vrai que dans 5 % des cas. Faut-il de là conclure à une réelle prédisposition inexplicable d'une annexe ? Nous ne le pensons pas. Il nous semble au contraire que l'on puisse tirer de ce fait en apparence paradoxal un argument de plus en faveur de la pathogénie inflammatoire des extra-utérines et en déduire la conclusion suivante :

Une femme qui a déjà fait une grossesse extra-utérine d'un côté ne récidivera de l'autre côté que dans un nombre minime de cas *parce que* cette femme est vouée la plupart du temps à la stérilité persistante. Or, cette stérilité est presque toujours fonction de l'imperméabilité tubaire du côté restant qui empêche aussi bien la pénétration du spermatozoïde que la migration normale de l'ovule. Toute nidation tubaire y devient donc impossible. On pourrait à la rigueur admettre dans certains cas la possibilité d'une nidation ovarienne ou tubo-péritonéale par passage d'un spermatozoïde, mais cette éventualité semble vraiment exceptionnelle, l'ex-

périence démontrant qu'une trompe oblitérée ne laisse rien filtrer, pas même les gaz.

Les récidives d'extra-utérine du côté opposé ne sont donc si rares que parce que précisément l'ovule n'y peut plus avoir accès. Lorsqu'elles se produisent c'est qu'il existe encore au niveau de l'annexe restante une perméabilité tubaire *incomplète* permettant bien l'engagement de l'ovule fécondé dans la trompe mais le bloquant en un point quelconque de son trajet sans permettre sa migration normale.

Ces lésions endo-tubaires ne sont d'ailleurs qu'aggravées par les déformations morphologiques de l'appareil annexiel par brides, coudures, adhérences secondaires à l'accident initial.

La réalisation de cette *perméabilité tubaire incomplète* avec blocage de l'œuf est d'ailleurs un fait rarement réalisé dans les suites éloignées des grossesses extra-utérines puisque sur les 15 % des cas de non-stérilité post-opératoire, 5 % à peine présentent des accidents itératifs de nidation ectopique.

Lorsque cependant pareille éventualité vient à être réalisée, les lésions anatomo-pathologiques qu'elle détermine demeurent celles d'une extra-utérine banale et ne méritent pas de description spéciale.

Clinique: — Cliniquement, le tableau d'une seconde nidation ectopique chez une femme ayant déjà présenté une première fois de tels accidents présente-t-il une physionomie spéciale ?

Dans la plupart des cas, *les signes généraux d'anémie* qui font la véritable signature clinique de la grossesse

extra-utérine compliquée ne présentent aucun caractère distinctif et peuvent revêtir toutes les modalités de gravité ou d'intensité.

Par contre, les symptômes fonctionnels et les signes physiques peuvent être d'une interprétation plus ou moins délicate en pareil cas. Il est évident que la malade déjà instruite par son premier accident, a l'attention d'emblée plus éveillée vers la possibilité d'une grossesse ectopique. Mais il est certain que les troubles génitaux si fréquents qui émaillent la vie de ces malades après leur première opération peuvent compliquer singulièrement le problème diagnostique du fait de divers facteurs tels que :

Troubles de la menstruation gênant dans l'appréciation d'un retard de règles.

Modifications morphologiques de l'appareil utéro-anxieux pouvant fausser les données du toucher et faire penser à une extra-utérine alors qu'il n'en est rien ou vice-versa.

Néanmoins dans l'immense majorité des cas et de l'avis unanime des auteurs, la notion d'une première grossesse ectopique dans les antécédents de la malade éveille forcément l'attention et permet rapidement un diagnostic ferme.

Pronostic. -- Il nous reste à envisager la grave question du pronostic de ces récives. Celui-ci doit d'ailleurs être considéré à deux points de vue très différents.

Du point de vue vital : Il demeure comme la première fois évidemment fonction de la précocité du dia-

gnostic et de la célérité opératoire. Rien de spécial à ce sujet.

Du point de vue fonctionnel par contre, il est évident que par la castration « bilatéralisée » qu'elle entraîne, cette récédive est à la source de toute une gamme d'accidents endocriniens de ménopause chirurgicale variables suivant l'acte opératoire choisi selon que l'on se décide pour :

L'hystérectomie ;

L'ablation des annexes restantes ;

Ou la simple exérèse tubaire avec conservation de l'ovaire.

C'est donc, on le voit :

Au minimum : la stérilité définitive certaine ou même bien souvent : la stérilité totale compliquée d'accidents endocriniens plus ou moins graves de ménopause chirurgicale (obs. XXVIII).

Nous étudierons plus loin à ce sujet les thérapeutiques que ces notions permettent d'envisager.

III. — Les grossesses utérines

Nous plaçant sur un terrain purement chirurgical, nous n'étudierons pas ici cette question au point de vue obstétrical.

Deux faits seuls retiendront notre attention :

La fécondation des opérées ;

L'évolution générale de ces grossesses.

La question des grossesses utérines après interven-

tion sur une grossesse ectopique ne constitue d'ailleurs qu'une des faces du problème de la fécondabilité après castration unilatérale. Et là encore, la grossesse ectopique se comporte, quant au pronostic gestatif, comme une salpingite unilatérale extirpée.

Fréquence :

Les fécondations utérines sont rares, moins rares cependant que les récidives d'ectopique.

La proportion de ces grossesses normales post-opératoires varie d'ailleurs suivant les auteurs.

Pour Smith et Dietrich, ainsi que pour Lécène cette proportion serait de 30 % environ.

Personnellement, nous en relevons parmi nos 61 cas les observations IV, XI, XXII, XXVII, XXXIII, XXXVIII, XLV, XLVI, L, LIII, LV, LIX, soit 12 grossesses sur 61, ce qui nous donne une proportion globale de 20 %.

Ainsi 20 % des opérées se sont montrées fécondables au cours de leurs suites opératoires et ont présenté au moins un début de grossesse.

Ce simple chiffre est déjà suffisamment éloquent par lui-même et constitue le meilleur plaidoyer en faveur des opérations conservatrices.

Il est en effet intéressant de noter la différence énorme de fréquence entre les récidives et les grossesses ultérieures.

Lécène trouve le chiffre des fécondations utérines 6 fois plus élevé que celui des récidives.

Dans notre statistique nous relevons respectivement 3,27 % de récidives contre 20 % de fécondations, ce qui donne également un rapport sensiblement voisin de 1,6.

Ce point acquis, il faut cependant dissocier ce groupe des fécondations post-opératoires et séparer celles qui aboutissent au terme de celles qui sont interrompues précocement.

C'est ainsi que nous trouvons dans les observations XXVII, XXXVIII, XLV et LIX l'histoire d'une fausse-couche généralement vers le 2^e ou 3^e mois.

Ce qui nous fournit comme proportions :

13,3 % de grossesses post-opératoires allant à terme et 6,6 % de fausses-couches dans les trois premiers mois.

Nous avons lieu de penser d'après les renseignements obtenus que deux de ces fausses-couches furent provoquées. Cependant deux semblent certainement involontaires et ce fait n'est pas sans intérêt.

L'avortement spontané dans ces grossesses après extra-utérine opérée semblerait donc être assez fréquent (2 cas sur 4) et présente dans certains cas une certaine gravité par les dangers d'infection à point de départ salpingien toujours à craindre.

Quant aux grossesses allant à terme, nous n'avons eu l'occasion de n'en suivre qu'une seule (Obs. IV). Normale en tous points au point de vue obstétrical, cette grossesse fut cependant caractérisée par de vives douleurs durant les six premiers mois du côté de l'annexe enlevée. Il s'agissait vraisemblablement de tiraillements peut-être adhérentiels au niveau de la corne utérine du côté opéré. Pour Devraigne, ces grossesses après extra-utérine opérée, demandent à être particulièrement surveillées mais ne présentent qu'exceptionnellement de complications obstétricales sérieuses.

IV. — La stérilité post-opératoire

C'est là de façon certaine l'éventualité la plus souvent réalisée dans les suites de la grossesse extra-utérine opérée. Nous ne rangerons dans ce groupe que les malades n'ayant subi aucune espèce de fécondation depuis leur accident initial, ayant déjà étudié les accidents d'avortement dans le chapitre des grossesses ultérieures. Notre statistique porte le chiffre de ces stérilités persistantes à 76,7 %. Ce chiffre mérite d'être interprété.

Il est en effet certain que, parmi ces malades, un certain nombre évitent la grossesse volontairement par crainte des accidents qu'elles ont déjà subis, et ce fait, pour Hartmann et Bergeret pourrait expliquer le chiffre un peu faible des grossesses normales ultérieures. Le pourcentage de ces stérilités volontaires est assurément très délicat à interpréter et fausse légèrement la valeur du chiffre total. Cependant, parmi les femmes que nous avons eu l'occasion de réexaminer, la grande majorité désirait un enfant et 5 en particulier ont spontanément demandé une intervention chirurgicale susceptible de les mettre dans les conditions nécessaires à une fécondation normale. La stérilité post-opératoire des femmes opérées de grossesse extra-utérine semble donc bien un fait indiscutable et son pourcentage demeure considérable malgré la cause d'erreur que nous venons de citer.

Pour envisager ce problème de la stérilité post-opératoire des femmes opérées de grossesse extra-utérine, il est nécessaire de dissocier la question pour en étudier chaque aspect.

En effet, ces cas si fréquents de stérilité post-opératoire peuvent être groupés en deux catégories différentes :

A) Malades présentant une lésion génitale cliniquement apparente.

B) Malades ne présentant aucune lésion génitale cliniquement apparente.

**A) Malades présentant une lésion génitale
cliniquement apparente**

Nous abordons ici une des faces du problème général de la stérilité féminine. Notons cependant que dans le cas particulier que nous étudions cette stérilité semble bien relever de la grossesse extra-utérine antérieure puisqu'elle ne s'est installée qu'à partir de ce moment, le dernier accident démontrant péremptoirement que la femme était encore fécondable à ce moment.

Nous ne retiendrons donc comme lésions susceptibles de déterminer la stérilité que celles qui ont pu se développer ou s'aggraver *depuis* la première intervention. Nous éliminerons donc les anomalies de l'appareil génital, les lésions vaginales, les malformations du col utérin qui, si elles existent bien, n'en avaient pas moins permis antérieurement une fécondation lors de la grossesse ectopique.

Mais, parmi les lésions génitales développées ou aggravées à la suite de cet accident, il en est trois essentielles dont il est nécessaire de préciser le rôle et de discuter la valeur :

Les déviations utérines ;

La métrite du col ;

Les annexites.

1° Les déviations utérines.

Un grand nombre de gynécologues attribuent un rôle prépondérant aux déviations utérines. Or, les examens cliniques et radiographiques le démontrent, c'est là une lésion des plus fréquentes dans les suites opératoires des malades opérées d'extra-utérine.

Quelles en sont les modalités les plus fréquemment observées ?

La plus rare est assurément *l'antéflexion ou l'antéversion*. Les malades gardent en effet une antéflexion utérine normale et celle-ci ne s'exagère qu'exceptionnellement.

La rétro-déviatiou utérine en flexion ou en version est certes plus fréquente. La malade de l'observation n° V en présentait une typique après avoir présenté lors de l'accident initial une courbure utérine normale. Ces rétro-déviations relèvent assurément de la congestion gravidique de l'organe compliquée par le séjour au lit et par les adhérences pathologiques que contracte l'utérus dans le petit bassin.

Mais le plus souvent, ce sont des *latéro-déviations* que l'on constate et ceci dans un nombre de cas assez élevé (Voir observations VIII, XLVI et LXI). Cette latéro-déviatiou se produit d'ailleurs dans la plupart des cas du côté de l'annexe extirpée, s'expliquant aisément par la rétraction tissulaire du ligament large. D'autre

part, une lésion annexielle du côté restant contribue encore souvent au déplacement de l'organe.

Ces déviations utérines sont donc d'une extrême fréquence dans les suites opératoires des malades.

Faut-il y voir la cause majeure de ces stérilités persistantes ? La question, après avoir été longtemps controversée, semble à l'heure actuelle résolue par la négative pour la majorité des auteurs.

Après avoir eu leur heure de vogue, les déviations utérines ont en effet perdu beaucoup de leur importance et de nombreux auteurs avec Fritsch vont jusqu'à leur dénier toute importance en elles-mêmes. La déformation du canal utérin n'est en effet jamais suffisante pour l'obturer complètement, un hystéromètre fin et coudé réussit presque toujours à passer et il y a loin, comme le fait remarquer Siredey, « des dimensions du plus ténu des hystéromètres à celles du plus plantureux spermatozoïde ». On ne peut donc en tout état de cause attribuer aux déviations utérines acquises à la suite d'une extra-utérine un rôle déterminant dans la genèse de la stérilité. Mais elles y jouent cependant leur rôle, indirect il est vrai mais certain, en entretenant et en aggravant constamment la métrite cervico-utérine chronique que présentent si fréquemment les malades.

Ainsi ce n'est pas en tant qu'obstacle mécanique à la fécondation que ces déviations sont à prendre en considération, mais bien en tant que lésions modifiant la physiologie utérine. La métrite du col qu'elles compliquent est une cause infiniment plus importante de stérilité.

2° Les métrites cervico-utérines chroniques

Ces lésions cervicales sont donc à la base d'un grand nombre de stérilités mais, peut-on les considérer comme secondaires à la grossesse ectopique ?

A première vue, elles en paraissent indépendantes. Cependant, si l'on considère que c'est pratiquement toujours d'un point de départ métritique qu'est partie la lésion annexielle cause de la nidation ectopique, cette métrite chronique reste dans le cadre de leurs suites éloignées.

Sans décrire leurs divers aspects et sans rappeler l'importance du gonocoque pur ou associé dans leur genèse, nous ne ferons que rappeler les travaux de West, Coudert, Douay et Guillemin se rapportant à ces stérilités d'origine cervico-utérine où le catarrhe mucopurulent, même léger, suffit à compromettre la vitalité des spermatozoïdes et à leur opposer une barrière infranchissable.

Ces métrites du col ne sont d'ailleurs, répétons-le, qu'entretenues et aggravées par les déviations utérines acquises.

3° Les annexites

Enfin, il est un groupe de lésions génitales qui émaillent avec une extrême fréquence les suites éloignées des opérées. Ce sont les annexites du côté laissé en place.

Discrètes, se manifestant par de petites douleurs sourdes avec irradiations crurales, constipation ou

troubles vésicaux; ou graves évoluant sous l'aspect de véritables crises de salpingite avec fièvre, douleur vive et contracture, ces annexites post-opératoires se montrent d'une extrême fréquence dans les suites de nos malades.

Le toucher vaginal pratiqué chez les femmes que nous avons eu l'occasion de réexaminer nous a montré dans nombre de cas, outre les déviations utérines déjà signalées, des lésions annexielles anatomiques variables allant depuis l'empatement d'un cul-de-sac avec petite masse annexielle sensible à la pression, jusqu'à la grosse salpingite typique bloquant partiellement l'utérus (voir observations VI, X, XXXV).

Ces annexites post-opératoires du côté restant présentent donc au point de vue de l'avenir génital des malades un double intérêt :

Du point de vue pathologique, elles montrent la fréquence extrême d'un état infectieux chronique métro-salpingien qui continue son action après l'extirpation unilatérale des annexes sous des modalités cliniques diverses.

L'infection reste localisée dans le réticulum glandulaire du col utérin atteint de métrite chronique et évolue pendant ce temps au niveau de l'annexe en y déterminant des lésions plus ou moins profondes.

Nous avons déjà signalé à ce sujet la différence considérable de pronostic qui sépare les lésions streptococciques des lésions gonococciques. Les premières restent en effet le plus souvent unilatérales, la métrite qui leur sert de point de départ a peu de tendance à la

chronicité, d'où l'intégrité fréquente de l'annexe opposée. Tout au contraire ce sont les formes gonococciques surtout que l'on rencontre en pareil cas, avec leur bilatéralité quasi constante et leur métrite cervico-utérine désespérément chronique réinfectant constamment l'appareil génital.

Du point de vue stérilité, ces lésions annexielles ne sont pas moins intéressantes. Elles rendent compte par leur fréquence même du pourcentage élevé des stérilités post-opératoires que nous rencontrons.

Il est évident, en effet, sans même invoquer les lésions métritiques avec ou sans déviations utérines associées, que ces salpingites de la seule annexe restante suffisent à compromettre gravement la fécondabilité de la malade, allant jusqu'à la supprimer dans la plupart des cas. Il s'agit là d'un appareil annexiel très altéré avec imperméabilité tubaire presque absolue dont la conservation n'apporte à la malade que des souffrances sans résultat.

Cependant, il est indiscutable qu'il existe néanmoins des cas de fécondation normale chez des malades opérées d'extra-utérine et ayant présenté des lésions de salpingite post-opératoire du côté restant.

Cette éventualité rare mais possible se produit lorsque, guérissant des lésions peu profondes, la trompe retrouve sa perméabilité. Le retour à la perméabilité exige d'ailleurs un certain temps et suppose des lésions légères de la trompe (*in thèse Mérat, Paris, 1926*).

Néanmoins, pareille éventualité est malheureusement rare et le nombre de fécondations survenues chez des

femmes opérées d'extra-utérine et ayant présenté des accidents de salpingite post-opératoire reste minime.

Dans l'ensemble, on peut donc déduire de ces faits deux conclusions formelles :

Les femmes opérées une fois d'extra-utérine présentent dans un nombre important de cas un appareil génital touché. Les lésions les plus fréquemment rencontrées consistent en *déviation utérine* compliquant bien souvent une *métrite chronique du col* et en *annexites* du côté restant évoluant le plus souvent vers la chronicité avec épisodes aigus ou subaigus, exceptionnellement vers la guérison spontanée.

Ces femmes présentent dans la plupart des cas une stérilité post-opératoire persistante facilement explicable par ces lésions que nous venons d'étudier et le pronostic de cette stérilité demeure celui de ces lésions causales.

B) Malades ne présentant pas de lésions génitales cliniquement apparentes

Nous venons d'étudier les cas fréquents où les malades présentent après leur castration unilatérale pour extra-utérine une stérilité assez explicable en somme par les lésions génitales secondaires qu'elles présentent.

Il nous faut à présent envisager le cas beaucoup plus complexe des malades qui présentent depuis leur opération une stérilité persistante sans que leur histoire fonctionnelle ni l'examen clinique ne puissent déceler chez elles de lésions bien nettes de leur appareil utéro-annexiel restant.



Observation LXI. — G. E. U. gauche opérée en 1924. Examen pratiqué en 1928. Laté-
 sion importante. Trompe droite injectée entièrement.



Même Malade. — Contrôle radiographique 24 heures après l'injection. Perméabilité cer-
 ne de la trompe droite mais inférieure à la normale. Un peu de liquide dans le Douglas,

Dans ce cas, comme dans l'autre, la stérilité est manifestement consécutive à la nidation ectopique, celle-ci démontrant qu'au moment où elle s'est produite, les voies génitales de la femme étaient perméables et fécondables. Seul, l'arrêt anormal de l'œuf dans le segment annexiel de sa migration a empêché cette fécondation d'aboutir à une grossesse utérine normale.

Chez ces malades dont la stérilité ne s'est manifestée que depuis leur opération et qui ne présentent pas de lésions cliniquement perceptibles de leur appareil utéro-annexiel expliquant cet état de choses, il faut alors rechercher les causes de cette stérilité dans des lésions discrètes, inappréciables par la seule clinique, ou dans des lésions glandulaires d'ordre général.

C'est ainsi qu'en pareil cas toute une série de stérilités persistantes relèvent de causes variables que l'on peut cependant grouper en deux catégories distinctes :

- A) Stérilités de cause tubaire ;
- B) Stérilités de cause glandulaire.

A) STÉRILITÉS DE CAUSE TUBAIRE.

Dans ce groupe il faut ranger les cas si fréquents de stérilité par troubles de la perméabilité tubaire.

Cette lésion très souvent réalisée dans les annexites cliniquement perceptibles peut d'autre part exister *isolément* sans lésions volumineuses de l'appareil annexiel et suffit à elle seule à empêcher dans de nombreux cas la fécondation de se produire.

Chez ces femmes dont l'appareil génital présente donc un aspect cliniquement normal, avec cependant une stérilité inexplicable, l'examen ne doit pas se contenter de la seule clinique qui ne montre que des lésions en quelque sorte grossières et organisées, mais, doit être complété par un examen beaucoup plus précis de l'appareil utéro-annexiel *par la radiographie*.

La radiographie après injection intra-utérine de lipiodol permet en effet d'analyser avec une extrême précision l'état de l'appareil génital en apparence indemne de lésions macroscopiques.

C'est ainsi que la radiographie utérine pourra et pourra seule renseigner avec une extrême précision sur divers points importants tels que :

— Situation exacte de l'utérus ;

— Sa forme, sa direction ;

L'état de sa cavité et du canal cervical.

Enfin, sur la *perméabilité de la trompe restante* et, si celle-ci est conservée, sur la forme, la situation et la valeur de l'organe :

La technique de cet examen est simple et nous renverrons pour ce sujet à l'excellent travail de BÉCLÈRE.

On le pratiquera de préférence dans les dix jours qui suivent les règles afin d'éviter tout incident possible. Enfin, on l'évitera autant que possible chez les femmes atteintes de grosses lésions métro-salpingiennes.

Sous ces réserves, les résultats de cette exploration permettent une vision précise de l'appareil génital particulièrement utile dans les cas difficiles que nous envisageons et les planches radiographiques que nous



Observation XXXVII. — G. F. U. droite opérée en 1922. Examen pratiqué en 1928 (par suite d'une faute de technique, l'utérus s'est vidé avant la prise du cliché. Le pointillé indique son contour). Trompe gauche partiellement injectée.



Même Malade. — Contrôle radiographique 24 heures après l'injection. Imperméabilité certaine de la trompe au niveau de son orifice péritonéal. Aucun jet. Dilatation kystique ressemblable du pavillon.

publions montrent avec netteté des lésions qui échappaient complètement au seul examen clinique.

Les résultats. — Le cliché permet d'étudier deux éléments :

- a) l'utérus ;
- b) la trompe restante.

a) *L'utérus.*

Dans la plupart des cas, le cliché montre chez nos malades une *latéro-déviation utérine* assez sensible. Ce fait est intéressant étant donné la difficulté réelle que l'on éprouve souvent à sentir nettement la direction de l'organe par le toucher chez des femmes grasses et à paroi modifiée par la cicatrice.

A côté de ces latéro-déviationes que seule la radiographie permet d'apprécier nettement, les anté et surtout rétro-déviationes de l'organe sont moins utiles à préciser, car le toucher renseigne alors plus que le cliché de profil toujours moins net.

La cavité utérine montre en général peu de modifications. Cependant il n'est pas sans intérêt d'en apprécier tantôt la forme triangulaire normale, tantôt une dilatation plus ou moins prononcée.

Enfin, la corne utérine du côté annexiel extirpé est en général assez floue et de contours peu nets.

Mais l'intérêt capital de la radiographie réside surtout dans l'étude de la perméabilité de la trompe restante.

b) *La trompe.*

La trompe apparaît plus ou moins nettement sur le cliché suivant son degré de perméabilité et c'est cette

dernière dont l'intérêt s'avère majeur au point de vue de la stérilité.

A cet égard, il nous faut envisager les diverses possibilités que l'on rencontre.

1° *tantôt*, et c'est là de loin l'éventualité la plus rarement réalisée, *la trompe est entièrement et facilement injectable* immédiatement ou avec un léger retard.

Le lipiodol est retrouvé par *contrôle aux rayons* 24 heures après sous forme d'un jetage éparpillé dans le péritoine pelvien péri-infundibulaire.

Cet aspect radiologique pris en deux clichés espacés de 24 heures permet d'affirmer une perméabilité tubaire normale. La fécondation semble donc possible. Etant donné que nous n'envisageons que les cas sans lésions génitales évidentes (métrite du col en particulier) la cause de la stérilité en question doit alors être recherchée vraisemblablement parmi des causes ovariennes, glandulaires ou générales.

2° *tantôt la perméabilité tubaire est incomplète* et ceci suivant diverses modalités.

a) *tantôt la trompe s'injecte difficilement* et partiellement nécessitant une assez forte pression de lipiodol.

Le cliché décèle alors :

Soit une trompe injectable jusqu'à sa partie infundibulaire mais ne déterminant *aucun jetage immédiat ni secondaire dans le péritoine pelvien*. L'image radiologique reste donc la même 24 heures après l'injection. Il s'agit en pareil cas d'une trompe oblitérée au niveau de son orifice péritonéal avec très fréquemment dilatation ampullaire du pavillon. Cet aspect radiologique rend net-



Observation LX. — G. E. U. gauche opérée en février 1928. Examen pratiqué en décembre 1928. Latéro-déviatlon gauche. Trompe absolument imperméable.



Même malade. — Contrôle radiographique 24 heures après. Aucune trace d'image tubaire. Aucun jetage. Imperméabilité tubaire absolue.

tement compte de l'imperméabilité tubaire et de la stérilité qui en découle.

b) Soit *une trompe s'injectant partiellement avec un aspect irrégulier et marécageux*. Parfois des portions de la trompe restent invisibles. C'est qu'en pareille occurrence le lipiodol a pu franchir ces zones à la faveur de l'injection et que la pression cessant, le liquide est immédiatement expulsé.

Un tel état explique également les conditions nettement défavorables à la fécondation. Elles mettent également en lumière les possibilités de récidié de la nidation ectopique par les modifications profondes apportées à l'anatomie et à la physiologie tubaire.

3° *Tantôt enfin la trompe est imperméable,*

soit que le lipiodol ne dépasse pas la corne utérine, soit qu'il n'injecte qu'un tout petit segment de la portion isthmique sans jamais dépasser ce point. On ne retrouve bien entendu *aucun jetage* 24 heures après.

La stérilité qu'accusent les malades en pareil cas s'explique par ce fait avec une netteté absolue.

On voit donc l'intérêt capital de cette méthode d'exploration chez les femmes opérées d'extra-utérine et accusant dans leurs suites éloignées une stérilité inexplicable.

Lorsque l'examen clinique se révèle négatif et que l'on ne peut incriminer ni une cause cervico-vaginale, ni une cause utérine, ni une lésion annexielle perceptible, c'est évidemment parmi des lésions discrètes de l'appareil génital qu'il faut chercher la raison de cette stérilité.

L'imperméabilité tubaire décelée par le lipiodol se révèle alors d'une extrême fréquence dans les suites opératoires des opérées

B) LES STÉRILITÉS DE CAUSE GLANDULAIRE.

Dans ce groupe il faut ranger en dernière analyse les stérilités persistant chez d'anciennes opérées ne présentant aucune lésion de l'arbre utéro-salpingien et ayant conservé une perméabilité tubaire voisine de la normale. C'est à des *lésions ovariennes* qu'il faut alors penser.

Celles-ci peuvent être envisagées et classées en :

- a) affections proprement dites de l'ovaire restant ;
- b) syndromes endocriniens.

a) *affections proprement dites de l'ovaire restant.*

Lorsque, lors de la castration unilatérale, l'ovaire du côté opposé était sain, il n'y a évidemment aucune raison de suspecter *a priori* une lésion de cet organe lorsque l'on constate une stérilité post-opératoire persistante.

Mais, il peut d'une façon contingente se trouver atteint secondairement de lésions tumorales telles que : kystes cysto-sarcomes, fibro-sarcomes, etc., expliquant aisément en pareil cas la stérilité.

De telles lésions ne peuvent échapper à un examen clinique soigneux et expliquent aisément cette stérilité.

Il semble d'ailleurs que les kystes vrais de l'ovaire ne constituent pas un empêchement insurmontable à la fécondation.

Beaucoup plus fréquentes sont des lésions discrètes

de l'ovaire dont l'importance au point de vue stérilité est autrement grande que des lésions kystiques volumineuses.

La dégénérescence scléro-kystique diffuse, malgré des lésions beaucoup moins apparentes, moins massives, entraîne très fréquemment l'infécondité. Les micro-kystes et la sclérose qui les entoure semblent étouffer les parties saines de l'organe et en empêcher le fonctionnement normal. Il en est de même des altérations consécutives aux salpingo-ovarites consistant en petits abcès corticaux, adhérences et sclérose progressive.

Toutes ces lésions, discrètes, histologiques en quelque sorte de l'ovaire, sont à la base d'un certain nombre de stérilités post-opératoires, d'autant plus qu'elles coexistent très fréquemment avec des lésions tubaires associées.

L'examen de l'ovaire sain lors de la première intervention permet même souvent de prévoir cette éventualité en montrant tantôt ces gros ovaires durs et bourrés de micro-kystes remplis de liquide citrin, tantôt un ovaire rétracté et de volume fortement diminué.

Cependant lorsque des causes tubaires ou utérines ne viennent pas compromettre encore davantage la fécondabilité de la malade, cet ovaire du côté opposé, même malade, doit être conservé car des grossesses inattendues peuvent cependant en provenir tout de même.

Cliniquement ce sera bien souvent par la perception au toucher d'un ovaire gros, dur, douloureux, roulant sous le doigt, que l'on pensera à cet ordre de lésions chez une femme ne présentant par ailleurs aucune

autre cause de stérilité et dont les règles sont souvent douloureuses ou modifiées dans leurs caractères.

Bien souvent d'ailleurs, la perméabilité tubaire sera loin d'être parfaite et ces *Deux facteurs, ovarite scléro-kystique et oblitération tubaire s'associent dans le déterminisme de la stérilité.*

b) *Syndromes endocriniens.*

Enfin il existe une série de cas où les malades, sans présenter de lésions organisées de l'ovaire restant, accusent dans leurs suites plus ou moins éloignées un syndrome net d'insuffisance glandulaire dont la stérilité post-opératoire n'est que l'un des témoins.

Tantôt il s'agit d'une véritable *ménopause anticipée* à physionomie vraiment ovarienne avec son cortège de troubles fonctionnels habituels : bouffées de chaleur, vertiges, migraines, troubles du caractère coïncidant avec des troubles menstruels plus ou moins importants (voir obs. XIV).

Mais, il est extrêmement rare de voir le syndrome se borner exclusivement à des signes de la série ovarienne.

Dans bien d'autres cas, il se compliquera de troubles pluri-glandulaires de la série thyroïdienne en particulier : troubles de la circulation périphérique, sensations de lassitude, modifications psychiques, et surtout obésité à développement rapide.

L'infécondité des obèses bien connue semble d'ailleurs relever d'un tel syndrome. Plus rarement des signes d'insuffisance surrénale viennent se surajouter au tableau, le modifiant ainsi légèrement. Pratiquement



Observation XLVI. — G. E. U. gauche opérée en 1924. Examen pratiqué en 1928. Latérovésiation droite. Trompe droite injectable. Aucun jetage 24 heures après. Imperméabilité baire complète au niveau de l'orifice péritonéal.

donc, cette notion est capitale à rappeler, car cette insuffisance glandulaire se rencontre assez fréquemment chez les malades opérées de castration unilatérale. *L'ovaire laissé du côté sain peut, dans nombre de cas, avoir été d'une valeur très inférieure à celle de l'ovaire du côté enlevé* et ce fait explique le déclenchement des accidents endocriniens et de la stérilité en particulier aussitôt après l'opération. Ainsi chez ces femmes, l'insuffisance ovarienne, les troubles généraux, l'obésité rapidement croissante modifient profondément leur santé et les rendent totalement inaptes à toute fécondation, malgré l'absence constatée de toute lésion génitale perceptible.

Essai de Pathogénie générale de ces diverses éventualités

Nous venons d'envisager avec leur pourcentage respectif les diverses possibilités que présente l'avenir des opérées de grossesse ectopique.

Considéré d'un point de vue général, cette étude conduit, nous semble-t-il, à une meilleure compréhension de la signification exacte de cet accident. On peut considérer, en somme, la grossesse ectopique initiale, comme un véritable *accident mécanique* survenant au cours d'une *altération inflammatoire* de la trompe.

Cette lésion tubo-ovarienne existait déjà, discrète, silencieuse, *avant* la nidation ectopique qui a pu en être la première manifestation clinique.

Dans un travail récent, Falk ayant étudié histologiquement un grand nombre de pièces d'extra-utérines, conclut à la quasi-constance d'une « salpingite folliculaire » qui, par la prolifération pseudo-glandulaire qu'elle détermine, causerait, pour lui, l'arrêt ectopique de l'œuf en un point de son trajet.

Cette lésion annexielle inflammatoire serait pour lui à la base de la nidation tubaire dans 95 % des grossesses extra-utérines.

A ces arguments histologiques et anatomiques vien-

nent s'ajouter les arguments cliniques, montrant l'extrême fréquence d'une petite contamination génitale antérieure à l'accident (métrite du col gonococcique, parfois petite poussée salpingienne).

Enfin les examens radio-lipiodolés chez des femmes n'ayant jamais eu de maladie utéro-annexielle, montrent la fréquence d'une *imperméabilité* ou d'une *hypoperméabilité* tubaire uni ou bilatérale *complètement méconnue* et pouvant déterminer un beau jour, sans aucun prodrome, une nidation ectopique.

La nature inflammatoire de la lésion tubaire bloquant l'œuf lors de l'accident initial nous semble donc un fait indéniable.

Or ces lésions salpingiennes inflammatoires, presque toujours secondaires à une métrite, sont exceptionnellement unilatérales, d'autant que c'est du gonocoque le plus souvent qu'elles relèvent.

D'ailleurs, même si au moment de l'accident initial, l'infection tubaire était unilatérale, elle s'est bien souvent *bilatéralisée* au cours des suites éloignées.

Il en résulte que les deux trompes sont touchées, soit simultanément, soit successivement, si bien que la trompe restante, même cliniquement saine, peut se trouver être histologiquement malade et obstruée.

Au niveau de cette annexe laissée en place, nous retrouvons donc encore cet état d'*imperméabilité* ou d'*hypoperméabilité* tubaire, avec tous ses dangers comme lors de l'accident initial et conditionnant les diverses éventualités des suites éloignées des opérées :

Les récidives dans quelques cas et la stérilité secondaire dans la grande majorité des cas.

D'une façon générale on peut donc dire pratiquement que tous les accidents qui émaillent la vie génitale des femmes opérées de grossesse ectopique relèvent du même état pathologique annexiel qui a déterminé l'accident initial : IMPERMÉABILITÉ OU HYPO-PERMÉABILITÉ TUBAIRE.



Observation I. — G. E. U. droite opérée en 1927. Examen pratiqué en 1928. Image turs gauche nette. Dilatation kystique du pavillon. Le contrôle radiographique après heures a montré une imperméabilité absolue de l'orifice péritonéal.



Observation XXIV. — G. E. U. droite opérée en 1922. Examen pratiqué en 1928. Utérus té. Imperméabilité tubaire presque absolue. Contrôle radiographique après 24 heures

TRAITEMENT

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici toute la question, aujourd'hui classique, du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine.

Nous n'envisagerons donc la question du traitement de l'accident initial qu'en fonction de l'avenir des malades, et surtout le traitement des accidents qui se produisent au cours de leurs suites éloignées.

Nous étudierons donc successivement :

1° Le traitement de l'appareil utéro-annexiel au cours d'une intervention pour accident aigu, dans ses modalités conservatrices ;

2° Le traitement des accidents apparus au cours des suites opératoires éloignées.

1° Traitement de l'appareil utéro-annexiel au cours d'une intervention pour accident aigu

Il va sans dire que la fonction essentielle de l'appareil génital féminin étant la fécondation, l'acte opératoire, même exécuté dans des conditions d'extrême célérité,

ne doit pas perdre cette question de vue. Il est bien évident que dans les cas d'extrême urgence où l'hémorragie intense met en danger la vie de la malade on ne saurait conseiller de « figuolage » susceptible d'allonger une opération qui doit être courte.

Cependant il est arrivé fréquemment qu'après avoir pratiqué dans des conditions particulièrement rapides une castration unilatérale complète, on ait eu la désagréable surprise de constater, après aspiration du sang qui comble le petit bassin, que l'ovaire du côté sain laissé en place est manifestement malade, scléreux, ou kystique. De telles découvertes ne sont pas rares, et ce fait explique les accidents endocriniens qui se rencontrent à la suite de telles opérations malgré conservation totale d'une annexe.

Nous pensons donc que, exception faite des cas d'extrême urgence où tout se borne, en somme, à une hémostase accélérée, il est de très nombreux cas au contraire où, sans perdre de vue la nécessité d'aller vite, il est néanmoins possible de pratiquer un examen méthodique des deux annexes avant de se décider à enlever celle du côté malade. Cet examen méthodique ne demande d'ailleurs que quelques secondes et permet dans certains cas d'éviter par exemple d'enlever un ovaire pratiquement sain avec la trompe rompue, en laissant de l'autre côté un ovaire parfois très médiocre.

C'est ainsi que suivant les cas, on pourra pratiquer diverses interventions commandées par l'état de l'appareil annexiel des deux côtés.

a) Dans d'assez nombreux cas, l'ovaire du côté qui saigne présente des lésions inflammatoires nettes, adhère fortement au pavillon de la trompe et n'en peut être séparé. La castration totale du côté malade est dans ce cas évidemment bien indiquée.

b) Dans d'autres cas, outre la lésion annexielle, déjà vue, on constate que la trompe du côté opposé est nettement enflammée, atteinte de salpingite chronique ancienne. Dans ce cas on se trouvera bien de compléter la castration du côté qui saigne par la résection de la trompe opposée avec conservation de l'ovaire de ce côté.

c) Enfin, il existe des cas où l'état des lésions se présente de telle façon que la logique commande de pratiquer l'exérèse de la trompe rompue avec conservation de l'ovaire de ce côté en y ajoutant l'exérèse de l'ovaire du côté malade kystique ou enflammé en conservant la trompe de ce côté. On pratique ainsi la *résection partielle croisée* des deux annexes. Certains auteurs ont même conseillé de fixer par quelques points le pavillon de la trompe au voisinage de l'ovaire laissé en place. Cette précaution surajoutée semble d'ailleurs inutile, les mouvements de la trompe suffisant dans la plupart des cas à venir recueillir les ovules pondus par l'ovaire.

d) Enfin, si à côté d'une trompe rompue et saignant on se trouve en présence d'une grosse salpingite du côté opposé, il est évident que l'on devra pratiquer au contraire la castration totale unilatérale du côté de la salpingite en n'enlevant que la trompe du côté qui saigne.

Tels sont les quelques perfectionnements techniques que l'examen méthodique de tout l'appareil utéro-anxciel permet d'apporter à l'intervention d'urgence. Ils permettront dans quelques cas à la femme de présenter une grossesse ultérieure, et au minimum ils auront l'avantage de conserver le meilleur des deux ovaires et d'éviter ainsi dans la mesure du possible les accidents de ménopause chirurgicale ou d'insuffisance ovarienne post-opératoire.

Nous ne ferons que signaler en terminant la pratique de l'hystérectomie d'emblée. Celle-ci sera réservée au cas de grossesse tubaire très interne avec rupture de la corne utérine difficile à suturer et accompagnée de lésions importantes de salpingite du côté opposé. Cette opération, logique lorsqu'elle est pratiquée dans de telles conditions, doit cependant rester exceptionnelle, étant donnée l'impossibilité où l'on est de pouvoir affirmer que les lésions constatées rendront certainement la femme définitivement stérile.

II. — Traitement des accidents apparus au cours des suites opératoires éloignées

Reprenant l'ordre suivi dans l'étude des éventualités diverses que peuvent présenter les malades opérées d'extra-utérine, nous envisagerons successivement :

- 1° Le traitement des récidives ;
- 2° Le traitement obstétrical des grossesses utérines ultérieures ;
- 3° Le traitement de la stérilité.

1^o Traitement des récidives

L'intervention pratiquée pour récurrence extra-utérine du côté opposé pose au contraire nettement la question de l'hystérectomie.

En effet, deux conduites à tenir s'offrent au chirurgien :

a) Soit l'hystérectomie subtotale pure et simple pratiquée rapidement avec ou sans conservation de l'ovaire ;

b) Castration unilatérale totale ou partielle avec ou sans conservation de l'ovaire.

Il semble, à l'heure actuelle que la question doit être résolue suivant l'état de l'utérus lui-même.

Si ce dernier ne présente pas de lésions fibromateuses ni métritiques, sa conservation est évidemment indiquée. On fera dans ce cas le minimum en s'attachant à conserver l'ovaire. Citons à ce propos les tentatives d'inclusion de l'ovaire dans une corne utérine qui ne semblent pas avoir donné de résultats probants ni permis de fécondation ultérieure.

Bien au contraire, si l'utérus présente des lésions de dégénérescence fibreuse, métritiques, voire même des adhérences inflammatoires dans le petit bassin, l'hystérectomie demeure la meilleure conduite à tenir en s'attachant à conserver lorsqu'on peut le faire tout ou partie de l'ovaire.

2^o Traitement obstétrical des grossesses utérines ultérieures

Deux cas sont à envisager en pareille occurrence :

a) Tantôt cette grossesse sera interrompue par avor-

tement dans les premiers mois. Le traitement de cet accident, qu'il soit volontaire ou involontaire, ne présente rien de particulier. La question du curettage précoce ou de l'abstention systématique ne rentre point dans le cadre de notre étude. Il faut cependant noter que ces fausses-couches survenant sur un appareil génital souvent infecté chroniquement antérieurement, risquent dans de nombreux cas de se compliquer d'accidents septiques utéro-annexiels.

b) Si la grossesse évolue à terme, la conduite à tenir durant les premiers mois ne présente rien de particulier. Cependant, vers la fin de la gestation, les modifications anatomiques apportées à l'utérus par la résection de la trompe au ras de la corne peuvent entraîner parfois une position fœtale un peu anormale devant être surveillée. De même, la délivrance peut, dans certains cas, être difficile par insertion angulaire du placenta et enclavement du délivre.

3° Traitement de la stérilité post-opératoire

Là encore la question se pose différemment suivant que la malade présente ou non des lésions utéro-annexielles cliniquement perceptibles. Dans le premier cas, en effet, il s'agit d'un véritable traitement gynécologique chirurgical, dans l'autre la question s'avère plus complexe comme nous le verrons.

A) Traitement des lésions annexielles constatées chez une femme opérée présentant une stérilité persistante.

Parmi celles-ci il en est trois essentielles qui, rappe-

lons-le, se montrent avec une extrême fréquence dans les suites opératoires de nos malades. Ce sont :

La métrite du col ;

Les déviations utérines ;

Les annexites.

La métrite du col qui constitue, comme nous l'avons vu, le facteur responsable d'un certain nombre de cas de stérilité est justiciable de divers traitements dont le nombre même indique la fréquence des échecs. Sans reprendre toute cette question du traitement des métrites cervico-utérines chroniques, nous ne ferons que rappeler les directives majeures de cette thérapeutique. Toutes les médications vaginales, ovules, injections médicamenteuses, sont nettement insuffisantes à désinfecter le reticulum glandulaire du col. C'est au niveau de celui-ci qu'il faut agir, et ceci grâce à différentes méthodes tendant toutes à détruire ou au minimum à modifier profondément la muqueuse endo-cervicale malade. Des applications de divers caustiques, crayon au nitrate d'argent, crayons au nitium, crayons au thorium, neofilhos, après dilatation, suffisent fréquemment à remplir ce but.

Dans d'autres cas, l'évidement chirurgical du col malade avec toute sa muqueuse par les procédés de Schroeder, Houzel (de Boulogne), sera réservé aux gros cols métritiques avec dilatation kystique de leur système glandulaire (œufs de Naboth).

Cette désinfection avec calibrage du col utérin est le premier temps de toute thérapeutique conservatrice de

la stérilité en pareil cas. Elle donne à elle seule des résultats très appréciables.

Mais il arrive fréquemment qu'elle ne suffise pas à permettre la fécondation.

Les déviations utérines ne constituent pas, nous l'avons vu, à elles seules, un empêchement formel à la fécondation ; elles n'agissent qu'en entretenant la métrite du col et sont d'ailleurs souvent symptomatiques d'une annexite surajoutée du côté opposé. Elles ne sont donc pas pratiquement justiciables d'un traitement spécifique, mais elles entreront en ligne de compte dans la décision thérapeutique que l'on prendra.

Les annexites du côté opposé constituent bien au contraire un groupe de lésions extrêmement importantes, tant par la stérilité qui coexiste avec elles que par les décisions chirurgicales qu'elles comportent.

En effet, chez une femme stérile depuis sa grossesse extra-utérine opérée, et présentant une salpingite du côté opposé, la question se pose de savoir, si l'on pourra chirurgicalement tenter quelque chose pour la mettre dans des conditions favorables à la fécondation.

Une première notion s'impose. En pareille occurrence *il faut savoir attendre longtemps*, l'expérience ayant démontré que des grossesses inattendues peuvent apparaître en pareil cas après une stérilité prolongée. On ne devra donc recourir à la chirurgie pour permettre une fécondation qu'après un long traitement médical (repos, glace, injections chaudes, vaccins) et après échec manifeste de cette thérapeutique.

Lorsque l'on en sera réduit à cette alternative, il faut

savoir ne donner que le minimum d'illusions aux malades, le traitement chirurgical de la stérilité en pareille occurrence étant des plus aléatoires.

C'est la laparotomie exploratrice qui, en dernière analyse, permettra d'explorer complètement le petit bassin, et la constatation trop fréquente d'une lésion annexielle constituée conduira le plus souvent à l'hystérectomie subtotale enlevant ainsi tout espoir de maternité.

Il faut donc, avant d'en recourir à cette extrémité, tenir compte d'un certain nombre de facteurs importants parmi lesquels l'âge des malades, l'existence ou non d'enfants, l'état social, les lésions constatées et le microbe en cause, jouent un rôle de première importance.

Ce n'est qu'avec ces éléments en main que l'on pourra conseiller une ligne de conduite avec, répétons-le, un minimum de chances par l'acte opératoire.

*B) Traitement de la stérilité chez une femme opérée
ne présentant pas de lésions génitales perceptibles*

La question ici se pose différemment. Il s'agit de femmes *non malades* ne présentant en somme que leur stérilité inexplicable avec ou sans phénomènes généraux surajoutés.

Avant toute chose, il faut de toute nécessité avoir une vision précise de l'état de son appareil génito-annexiel et de son état humoral

Un examen clinique, radiologique et endocrinien complet doit donc être avant toute chose à la base de la conduite choisie.

Si l'on ne constate pas de modifications utérines, nous

avons vu le rôle important joué par l'état de la perméabilité tubaire.

C'est contre cette imperméabilité que seront dirigés tout d'abord les efforts de la thérapeutique. A cet égard les insufflations tubaires à pression croissante, si elles sont rejetées par quelques auteurs qui en allèguent les dangers d'infection péritonéale par refoulement du contenu salpingien septique, présentent en France plusieurs partisans convaincus qui en ont obtenu d'excellents effets dans certains cas.

L'injection lipiodolée désinfectante joue un rôle, semble-t-il, beaucoup moins dangereux lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions et permet, outre le diagnostic radiologique qu'elle fournit, d'améliorer la perméabilité tubaire altérée. Cette injection devra être d'ailleurs souvent répétée à plusieurs reprises avec des pressions de lipiodol croissantes ne dépassant cependant jamais 250 mm. de mercure, l'éclatement des trompes ou leur infiltration étant voisin de 300 mm. de mercure. Cette thérapeutique entre les mains de gynécologues exercés a permis en certains cas des fécondations inespérées. Cependant, il peut arriver que cette exploration révèle une imperméabilité tubaire infranchissable par oblitération de l'extrémité ovarienne de la trompe. Dans ce cas, il est évident que l'on ne saurait tenter par les voies naturelles de rétablir cette perméabilité. C'est dans ces cas et dans ces cas seulement que la chirurgie peut être utilisée dans le but d'agir sur une oblitération tubaire *segmentaire*.

Il ne faut d'ailleurs pas s'illusionner sur la valeur de

ces opérations plastiques sur la trompe. Les résections partielles, les salpingolysis, les salpingoplasties, les cathétérismes rétrogrades de la trompe n'ont donné qu'un nombre considérable d'échecs pour un nombre minime de succès, si tant est que ces succès rarissimes en aient été le résultat.

La ré-implantation utérine de la trompe, après avoir autorisé quelques espoirs, n'a donné presque uniquement que des échecs.

Par contre, la salpingostomie du pavillon, avec ourlage des bords de l'orifice et fixation de l'ovaire à la brèche, a donné, à notre connaissance, deux succès suivis de grossesse ultérieure.

Malgré tout, cette chirurgie plastique de l'annexe demeurée en place après une ectopique opérée reste bien une méthode aléatoire que l'on ne devra tenter qu'après échec de toute autre thérapeutique et sans donner d'espoir vain à la malade.

Enfin, on ne devra pas oublier le rôle important joué par les insuffisances glandulaires dans les suites opératoire éloignées des malades. Après examen complet de leurs fonctions endocriniennes, il ne sera jamais inutile de pratiquer une thérapeutique opothérapique intense qui, si elle améliore dans la plupart des cas l'état général des malades, reste malheureusement impuissante dans la plupart des cas à déterminer une fécondation ultérieure.

On peut donc dire en définitive que, si le traitement des accidents aigus initiaux de la grossesse ectopique fournit des statistiques opératoires remarquablement

brillantes, par contre, la thérapeutique des accidents si fréquents qui émaillent la vie génitale des opérées dans leurs suites éloignées demeure extrêmement décevante si on l'envisage du point de vue de la fécondabilité ultérieure des malades. La stérilité si fréquente qu'elles accusent échappe le plus souvent au traitement le mieux conduit, du fait des lésions profondes et incurables que présente la plupart du temps leur appareil utéro-annexiel mutilé.

OBSERVATIONS

Obs. I. (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme C..., 26 ans.

Entrée le 10 juin 1927, pour douleurs abdominales avec petit retard et pertes sanglantes. Femme antérieurement bien réglée, 2 enfants, une fausse couche.

Opérée le 21 juin 1927.

Hématome péri-tubaire droite enkysté. Castration unilatérale droite.

Etat en août 1928.

Bon état général. Souffre de temps en temps du côté droit. Règles abondantes et en avance depuis l'intervention. Pertes blanches abondantes. Ni enfant ni fausse-couche depuis l'opération.

Obs. II (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme P..., 29 ans.

Entre le 10 juin 1927 à Saint-Louis pour retard de deux mois avec pertes sanglantes, douleurs dans le bas-ventre par crises avec petits états syncopaux au moment des crises.

Antécédents : Bien réglée antérieurement, 3 enfants, une fausse-couche.

Opérée le 21 juin 1927.

Hématocèle pelvienne avec avortement tubo-abdominal gauche. Ablation des annexes gauches. Pas de drainage.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre Règles très peu abondantes et en avance de 4 à 5 jours. Quelques pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'opération.

Obs. III (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme P..., 38 ans.

Entre à Saint-Louis le 8 juin 1927 pour douleur brutale accompagnée de signes d'hémorragie interne. Retard de 1 mois, pas de pertes rouges.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Ni enfant, ni fausse couche.

Opérée le 8 juin 1927 (d'urgence).

Sang liquide et caillots dans le péritoine. Grosse trompe gauche non rompue avec avortement tubo-abdominal et gros caillot adhérent au pavillon.

Ablation des annexes gauches. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Souffre très souvent du ventre. Règles très peu abondantes et en avance. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. IV (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme D ..., 33 ans.

Entre le 11 février 1927 à Saint-Louis pour douleur brusque avec syncope, retard de un mois avec petites métrorrhagies.

Antécédents : Mal réglée avant l'intervention. 5 enfants.

Opérée le 11 février 1927.

Sang liquide en abondance dans le péritoine. Trompe gauche rompue à l'union de l'isthme et de l'ampoule. Ablation des annexes gauches.

Etat en juillet 1928.

Bon état général. Souffre du ventre du côté gauche. Dernières règles du 19 février 1928. Enceinte de 5 mois.

Obs. V (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme H..., 37 ans.

Entre le 3 février 1927 à Saint-Louis pour douleurs par crises ayant débuté le 19 janvier, accompagnées de pertes sanglantes coïncidant avec un retard de 2 mois 1/2.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 4 février 1927.

Avortement tubaire par hématosalpinx gauche. Pas de sang dans le péritoine. Un peu de sang dans le Douglas. Ablation des annexes gauches. Pas de drain.

Etat en août 1928.

Bon état général. Règles normales quoique peu abondantes. Pas de pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. VI (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme D..., 29 ans.

Entre le 11 janvier 1927 à Saint-Louis pour crises douloureuses à répétition, avec retard de 3 semaines et métrorrhagies.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. 2 enfants, pas de fausse-couche.

Opérée le 12 janvier 1927.

Avortement tubo-abdominal droit. Utérus en rétroversion fixée. Ablation des annexes droites. Libération de l'utérus et hystéropexie à la Doleris. Fermeture. Un drain de 24 heures.

Revue le 7 février 1927.

Bon état local et général. Petite masse annexielle gauche douloureuse.

Etat en août 1928.

Etat général assez médiocre. Souffre du ventre constamment. Règles très abondantes, très douloureuses et durant extrêmement longtemps. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. VII (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme P..., 27 ans.

Entre le 4 janvier 1927 à Saint-Louis pour hématocele à type d'inondation.

Opérée le 4 janvier 1927 (d'urgence).

(Pas de C. R. opératoire).

Etat en août 1928.

Bon état général. Souffre un peu du ventre. Constipée. Pas de pertes blanches. Ni enfants ni fausses-couches depuis l'intervention.

Obs. VIII (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme B...

Entre le 8 juillet 1927 pour syndrome d'anémie suraiguë avec 15 jours de retard sans pertes sanglantes. Toucher très douloureux. Sensibilité extrême du cul-de-sac de Douglas.

Antécédents : Bien réglée antérieurement, 3 enfants, pas de fausse-couche.

Opérée le 8 juillet 1927 (d'urgence). Sang liquide et caillots dans le ventre. La trompe droite rompue *saigne en jet*. Ablation des annexes droites. Drain de 24 heures.

Suites : Phlébites du membre inférieur droit.

Revue le 20 janvier 1928.

Bon état général avec léger œdème résiduel du membre inférieur droit. Utérus gros et incliné à gauche.

Le 16 avril 1928.

Règles supprimées depuis le 14 février 1928, l'utérus ne paraît pas avoir augmenté de volume. Cul-de-sac gauche douloureux. La malade souffre d'ailleurs du ventre à gauche.

Etat en août 1928.

Etat général satisfaisant. Règles revenues très abondantes avec du retard à chaque période. Pas de pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche.

Obs. IX. — (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Madame H..., 33 ans.

Entre le 12 juillet 1927 à Saint Louis pour douleurs à droite avec tendances syncopales. Retard de 2 mois avec pertes rouges.

Antécédents : Bien réglée avant l'intervention, 3 enfants, pas de fausse-couche.

Opérée le 16 juillet 1927.

Sang et caillots dans le bassin, grosse trompe droite fissurée. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928 : Etat général médiocre, souffre du ventre à gauche avec pertes blanches et règles très douloureuses. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. X. — (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Madame D..., 22 ans.

Entre le 12 août 1927 à Saint-Louis pour syndrome faisant penser à une grosse salpingite droite, pas de retard précis.

Antécédents : Mal réglée antérieurement, 2 enfants, pas de fausse-couche.

Opérée le 25 août 1927.

Gros hématome péri tubaire enkysté droit. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Souffre du ventre à gauche par crises avec irradiations rectales. Constipée. Règles très peu abondantes survenant deux fois par mois. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XI. — (Service de M. le D^r CHIFOLIAU).

Mme D..., 46 ans.

Entre le 22 novembre 1927 à Saint-Louis pour douleur brusque avec état d'anémie et retard de règles.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Un enfant.

Opérée le 22 novembre 1927 (d'urgence).

Sang liquide et caillots dans le péritoine. Trompe gauche volumineuse contenant l'œuf et saignant par son pavillon. Ablation des annexes gauches. Pas de drainage

Etat en août 1928.

Très bon état général. Dernières règles du 6 mars 1928. Enceinte de 5 mois.

Obs. XII. — (Service de M. le D^r CHIFOLIAU).

Madame C...

Entre le 29 novembre 1927 à Saint-Louis pour syndrome pelvien faisant penser à une salpingite.

Antécédents : Très bien réglée antérieurement. Trois enfants, 2 fausses-couches.

Opérée le 8 décembre 1927.

Hématocèle enkystée du Douglas développée par avortement tubo-abdominal gauche. Ablation des annexes gauches englobées dans la masse. Résection partielle en quartier d'orange de l'ovaire droit scléro-kystique. Myomectomie d'un petit fibrome du fond de l'utérus, un drain et une mèche.

Etat en août 1928.

Etat général satisfaisant. Souffre un peu du ventre. Règles régulières quelques pertes blanches. Ni enfant ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XIII. — (Service de M. le D^r CHIFOLIAU).

Madame H..., 33 ans.

Entre le 9 décembre 1927 à Saint-Louis pour syndrome

d'anémie aiguë avec douleur syncopale et retard de 15 jours.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 9 décembre 1927 (d'urgence).

Abdomen rempli de sang noir. Trompe gauche rompue. Ablation des annexes gauches. Pas de drain.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Malade constamment fatiguée. Règles très peu abondantes. Céphalées extrêmement fréquentes. Ni enfant ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XIV. — (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Madame B..., 28 ans.

Entre le 23 décembre 1927 pour syndrome d'inondation péritonéale.

Antécédents: Bien réglée antérieurement. Une fausse-couche.

Opérée le 23 décembre 1927 (d'urgence).

Abdomen rempli de sang. Avortement tubo-abdominal droit. Ablation des annexes droites. Fermeture.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Nervosité excessive. Céphalées violentes. Bouffées de chaleur. Souffre du ventre, règles peu abondantes. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse couche depuis l'intervention.

Obs. XV. (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme M..., 31 ans.

Entre le 6 mai 1927 à Saint-Louis pour retard de 2 mois, douleurs pelviennes, métrorrhagies et masse dans le Douglas.

Opérée le 7 mai 1927.

Grosse collection sanguine enkystée dans le Douglas (sang raisiné). Ablation des annexes droites englobées dans la masse. 1 drain méché. Fermeture.

Revue en septembre 1927.

Bon état local et général.

Obs. XVI (Service de M. le Dr MICHON).

Mme M..., 31 ans.

Entre le 4 mars 1925 à Beaujon pour état d'anémie aiguë avec petit retard, métrorrhagies et Douglas très douloureux.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Un enfant, 3 fausses-couches.

Opérée le 4 mars 1925 (d'urgence).

Sang liquide dans l'abdomen. Rupture de la corne utérine droite. Hystérectomie.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre, quelques petites pertes blanches.

Obs. XVII (Service de M. le Dr MICHON).

Mme G..., 31 ans.

Entre le 1^{er} avril à Beaujon pour syndrome pelvien. Pas de retard appréciable, pas de température, volumineuse masse rétro-utérine s'étendant des deux côtés.

Antécédents : Bien réglée antérieurement, deux enfants, pas de fausse couche.

Opérée le 14 avril 1925 (M. le Dr CADENAT).

Hématocèle enkystée du Douglas très adhérente développée aux dépens de la trompe droite. Trompe gauche saine. Ablation des annexes droites et appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Bon état général. Bien réglée, quelques pertes blanches. Souffre du ventre du fait d'une événtration au niveau de la cicatrice. Ni enfant, ni fausse couche depuis l'intervention.

Obs. XVIII (Service de M. le Dr MICHON).

Mme U..., 39 ans.

Entre le 18 octobre 1925 à Beaujon pour syndrome d'inondation péritonéale.

Antécédents : Bien réglée antérieurement, une fausse-couche de 4 mois en 1912.

Opérée le 18 octobre 1925 (d'urgence),

Ventre plein de sang. Rupture de la trompe gauche sur l'isthme, lésions de salpingite gauche anciennes. Hystérectomie subtotale. Pas de drainage.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Pesanteur du bas-ventre. Rapports douloureux. Quelques pertes blanches. Céphalées violentes et fréquentes. Nervosité extrême.

Obs. XIX (Service de M. le Dr MICHON).¹

Mme R..., 33 ans.

Entre le 7 avril 1926 à Beaujon pour retard, douleur pelvienne et massé annexielle dans le cul-de-sac droit.

Antécédents : Bronchites. Bien réglée antérieurement 2 enfants, pas de fausse couche.

Opérée le 14 avril 1926.

Hématome péri-tubaire droit avec caillots dans le Douglas. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Etat général satisfaisant. Souffre du bas-ventre à droite. Règles peu abondantes et très douloureuses. Pertes blanches abondantes. Ni enfant, ni fausses-couche depuis l'intervention.

Obs. XX (Service de M. le Dr MICHON).

Mme L..., 31 ans.

Entre le 30 août 1921 à Beaujon pour syndrome d'inondation péritonéale.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Un enfant, une fausse-couche.

Opérée le 30 août 1924 (d'urgence).

Inondation péritonéale. Rupture de la trompe gauche. Ablation des annexes gauches. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Bon état général. Souffre assez souvent du ventre à droite. Très constipée. Règles normales. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XXI (Service de M. le Dr MICHON).

Mme P. ., 30 ans,

Entre le 28 janvier 1925 à Beaujon pour syndrome d'anémie avec petit retard sans métrorrhagie.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Un enfant, 2 fausses-couches.

Opérée le 28 janvier 1925 (d'urgence).

Hématocèle pelvienne tendant à s'enkyster. Ablation des annexes gauches. Fermeture.

Etat en août 1928.

Bon état général. Souffre du ventre à gauche. Règles très douloureuses et peu abondantes. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XXII (Service de M. le Dr MICHON).

Mme F..., 28 ans.

Entre le 11 novembre 1925 à Beaujon pour syndrome d'anémie aiguë avec petit retard et pertes sanglantes.

Antécédents : Assez bien réglée antérieurement, 3 enfants pas de fausse-couche.

Opérée le 11 novembre 1925 (d'urgence).

Inondation péritonéale. Avortement tubo-abdominal droit. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1925.

Bon état général. A un peu souffert du ventre à droite. Très constipée. Règles peu abondantes. A eu un enfant en décembre 1927. Pas de fausse-couche depuis.

Obs. XXIII (Service de M. le Dr MICHON).

Mme B..., 29 ans.

Entre le 27 février 1926 à Beaujon pour signes d'anémie aiguë avec retard d'un mois.

Antécédents : Bien réglée. Souffre du bas-ventre. Un enfant, pas de fausse-couche.

Opérée le 27 février 1926 (d'urgence).

Inondation péritonéale. Rupture de grossesse tubaire gauche. Ablation des annexes gauches. Fermeture.

Etat en août 1928.

Bon état général, A un peu engraisé. Souffre un peu du ventre. Règles douloureuses et en avance. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XXIV (Service de M. le Dr MICHON).

Mme E..., 25 ans.

Entre le 24 mars 1926 à Beaujon pour syndrome d'inondation péritonéale.

Antécédents : A déjà souffert du ventre. Pelvi-péritonite. Assez bien réglée. Pas d'enfant. Une fausse-couche.

Opérée le 24 mars 1926.

Inondation péritonéale. Ablation des annexes droites.

Etat en août 1926 (d'urgence).

Bon état général. Souffre un peu du ventre à droite. Règles irrégulières Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XXV (Service de M. le Dr MICHON).

Madame S... 25 ans.

Entre le 29 avril 1926 à Beaujon pour syndrome d'inondation avec retard de 1 mois.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 29 avril 1926 (d'urgence).

Sang liquide dans tout le ventre. Hématosalpinx gauche avec avortement tubo-abdominal. Ablation des annexes gauches. Fermeture.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre. Bien réglée. Pas de pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XXVI (Service de M. le Dr MICHON).

Madame B... 36 ans.

Entre le 6 octobre 1926 à Beaujon pour signe d'anémie suraiguë avec douleur dans le cul-de-sac de Douglas.

Antécédents : Bien réglée antérieurement, ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 6 octobre 1926 (d'urgence)

Inondation (3 litres de sang environ dans l'abdomen). Rupture ampullaire droite. Ablation des annexes droites. Fermeture.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Souffre du ventre à gauche. Règles assez irrégulières (retard). Pertes blanches, constipée. Maux de tête très violents. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XXVII (Service de M. le Dr MICHON).

Madame B... 36 ans.

Entre le 2 avril 1927 à Beaujon pour douleur abdominale brusque à répétition, avec tendances syncopales, retard de deux mois et cul-de-sac de Douglas très douloureux.

Antécédents : Médiocrement réglée antérieurement. Appendicite. Phlébite, suite de couches, 3 enfants, pas de fausse-couche.

Opérée le 2 avril 1927 (d'urgence).

Caillots dans le ventre, volumineuse trompe droite rompue. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre. Règles en avance et très peu abondantes. Pas de pertes blanches. Pas d'enfant. Une fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XXVIII (Service de M. le Dr MICHON).

Madame B... 40 ans.

Entre le 2 octobre 1927 à Beaujon pour syndrome d'inondation péritonéale avec retard d'un mois.

Antécédents : opérée en 1913 d'accidents de grossesse ectopique gauche. Bien réglée ensuite, en 1921 un enfant bien portant.

Opérée le 2 octobre 1927.

Inondation péritonéale, grossesse tubaire droite rompue. Ablation des annexes droites. Fermeture. Transfusion.

Etat en août 1928.

Etat général satisfaisant. Très nerveuse. Constipée. Règles très peu abondantes. Pas de pertes blanches. Petite éventration. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XXIX (Service de M. le Dr MICHON).

Madame L...

Entre le 7 décembre 1927 à Beaujon pour syndrome d'inondation avec retard de 3 semaines.

Antécédents : Mal réglée antérieurement. Ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 7 décembre 1927 (d'urgence).

Abdomen rempli de sang. Avortement tubo-abdominal droit. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Mal réglée. Règles très douloureuses. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention. Céphalées très violentes.

Obs. XXX (Service de M. le D^r MICHON).

Madame L... 22 ans.

Entre le 21 décembre 1927 à Beaujon pour retard d'un mois avec douleur brusque et signes d'anémie aiguë.

Antécédents : Assez mal réglée antérieurement, ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 21 décembre 1927.

Inondation. Rupture isthmique gauche. Salpingectomie avec conservation de l'ovaire gauche et excision de la corne utérine avec hémostase de celle-ci. Péritonisation. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre. Règles très abondantes et en avance. Pertes blanches. Ni enfant ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XXXI (Service de M. le D^r MICHON).

Madame R... 36 ans.

Entre le 18 janvier 1920 à Beaujon pour syndrome pelvien, douleurs, constipation, au toucher : grosse masse bloquant le Douglas et les 2 culs-de-sacs latéraux.

Antécédents : Mal réglée antérieurement. Métrite et salpingite. Ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 28 janvier 1920.

Hématocèle enkystée du Douglas. Grossesse tubaire gauche. Salpingite droite. Hystérectomie abdominale sub-totale.

Etat en août 1928.

N'est plus réglée. Malaises. Bouffées de chaleurs. Etat général médiocre.

Obs. XXXII (Service de M. le D^r MICHON).

Madame L... 30 ans.

Entre le 14 juin 1910 à Beaujon pour syndrome pelvien,

douleurs, constipation, au toucher grosse masse bloquant l'utérus et comblant tout le cul-de-sac de Douglas.

Antécédents : mal réglée antérieurement. Salpingite par poussées, un enfant, pas de fausses-couches.

Opérée le 9 juillet 1919.

Hématome péri tubaire enkysté gauche. Salpingite droite. Hystérectomie subtotale. L'appendice n'a pas été enlevé.

Etat en août 1928.

Très bon état général. Aucun trouble génital. A eu quelques phénomènes d'insuffisance ovarienne calmés par l'opothérapie. Ni enfant, ni fausse couche.

Obs. XXXIII (Service de M. le Dr MICHON).

Madame C..., 22 ans.

Entre le 1^{er} novembre 1919 à Beaujon pour tableau de salpingite unilatérale droite douloureuse, sans fièvre, sans retard.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Ni enfant, ni fausse couche.

Opérée le 5 novembre 1919.

Grossesse tubaire droite non rompue, légèrement adhérente. Ablation des annexes droites. Appendicectomie.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre. Règles régulières. Pas de pertes blanches. A eu un enfant depuis l'intervention.

Obs. XXXIV (Service de M. le Dr MICHON).

Madame S..., 22 ans.

Entre le 20 mai 1922 à Beaujon pour douleurs pelviennes sans fièvre avec masse annexielle droite bombant vers le Douglas.

Antécédents : Métrite et vaginite antérieurement. Médiocrement réglée (règles très douloureuses) Ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 31 mai 1922.

Hématocèle rétro-utérine, enkystée. Hématosalpinx droit.
Ablation des annexes droites.

Etat en août 1928.

Etat satisfaisant. Souffre toujours beaucoup au moment des règles. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse couche depuis l'intervention.

Obs. XXXV (Service de M. le Dr MICHON).

Madame C..., 39 ans.

Entre le 15 mai 1922 à Beaujon pour salpingite avec grosse masse annexielle bloquant complètement le Douglas.

Antécédents : Très mal réglée antérieurement. Un enfant vivant. Un mort-né.

Opérée le 4 juin 1922.

Hématocèle rétro-utérine, enkystée développée aux dépens d'un hématosalpinx droit. Les annexes gauches paraissent saines, mais pavillon et trompe paraissent agglutinés. Utérus gros. Décollement et ablation des annexes droites. Appendice pas enlevé. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Souffre du ventre à droite. Règles douloureuses. Pertes blanches. A fait en 1925 une poussée de pelvi-péritonite soignée à Cochon par le repos et la glace. Ni enfant, ni fausse couche depuis l'intervention.

Obs. XXXVI (Service de M. le Dr MICHON).

Madame L..., 32 ans.

Entre le 18 juin 1922 à Beaujon pour douleur brusque avec retard d'un mois et toucher vaginal très douloureux à la pression du Douglas.

Antécédents : Très mal réglée antérieurement. Deux enfants, pas de fausse-couche.

Opérée le 18 juin 1922 (urgence).

Avortement tubo-abdominal droit avec sang et caillots.

dans le Douglas. Ablation des annexes droites. Fermeture.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Souffre du ventre à droite. Très constipée. Pertes blanches. Règles très irrégulières et douloureuses. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention. Tendance à l'obésité et à la ptose viscérale.

Obs. XXXVII (Service de M. le Dr MICHON).

Madame H... 31 ans.

Entre le 27 juin 1922 à Beaujon pour accidents ayant débuté depuis huit jours. Grosse masse annexielle bombant dans le Douglas.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Pas d'enfant, 2 fausses-couches.

Opérée le 28 juin 1922.

1° Colpotomie. Sang noir.

2° *Laparotomie*. Hématome péri-tubaire droit bloqué dans le Douglas et adhérent à l'utérus. Ablation des annexes droites.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre. Constipée. Règles abondantes. Quelques pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention. Très désireuse cependant d'avoir des enfants.

Obs. XXXVIII (Service de M. le Dr MICHON).

Madame G.... 35 ans.

Entre le 20 septembre 1922 à Beaujon pour histoire de salpingite gauche sans fièvre avec retard d'un mois et quelques pertes sanglantes.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Deux enfants, pas de fausses-couches.

Opérée le 27 septembre 1922.

Grossesse tubaire gauche non rompue. Ablation des annexes gauches.

Etat en août 1928.

Bon état général. Souffre du ventre à gauche. Règles normales. Pas d'enfants depuis l'intervention. Une fausse-couche en 1923. A subi à cette époque un curettage après lequel on lui aurait déclaré qu'elle avait un col hypertrophié et fibreux (?) (Métrite du col ?).

Obs. XXXIX (Service de M. le Dr MICHON).

Mme V..., 24 ans.

Entre le 17 mars 1923 à Beaujon pour crise d'appendicite.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Pas de retard. Ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 17 mars 1923 (d'urgence).

Inondation péritonéale. Par voie de Mac Burney élargie on peut voir qu'il s'agit d'une grossesse infundibulaire droite rompue. Ablation par cette incision des annexes droites. Fermetures aux bronzes.

Etat en août 1928.

Bon état général. Règles très peu abondantes. Ne souffre pas du ventre. Pas de pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XL (Service de M. le Dr MICHON).

Mme D..., 31 ans.

Entre le 18 juillet 1923 à Beaujon pour douleurs pelviennes, sans fièvre avec masse annexielle gauche et postérieure bombant dans le Douglas.

Antécédents : Bien réglée antérieurement.

Deux enfants, pas de fausse-couche.

Opérée le 20 juillet 1923.

Hématocèle enkystée du Douglas aux dépens d'un gros hématosalpinx gauche. Ablation des annexes gauches. Fermeture.

Etat en août 1928.

Très bon état général. Ne souffre pas du ventre. Règles peu

abondantes. Pas de pertes blanches. Ni enfant ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XLI (Service de M. le Dr MICHON).

Mme C., 33 ans.

Entre le 23 février 1921 à Beaujon pour accidents de rupture de grossesse tubaire.

Antécédents : Rétroversion utérine (?) Règles irrégulières et douloureuses. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Opérée le 23 février 1921 (d'urgence).

Hématosalpinx gauche avec avortement tubo-abdominal, salpingite droite. L'utérus n'est pas en rétroversion. Ablation des annexes gauche. Ablation de la trompe droite avec conservation de l'ovaire droit. Fermeture.

Etat en août 1928.

Bon état général. Règles extrêmement douloureuses, pas de pertes blanches. Ni enfant ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XLII (Service de M. le Dr MICHON).

Mme F., 30 ans.

Entre le 17 mars 1921 à Beaujon pour signes d'anémie aiguë avec retard de 15 jours. Douglas très douloureux.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Ni enfant ni fausse-couche.

Opérée le 17 mars 1921.

Sang et caillots dans tout le ventre. Grossesse isthmique droite rompue. Ablation des annexes droites. Ablation d'un petit fibrome sous séreux du corps utérin. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Bon état général. Souffre un peu du ventre à droite. Règles normales. Pas de pertes blanches. Ni enfant ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XLIII (service de M. le Dr MICHON).

Mme M..., 47 ans.

Entre le 18 mai à Beaujon saignée à blanc. Retard de 15 jours, douleur brutale accompagnée de vomissements. Toucher très douloureux.

Antécédents : Métrite traitée. Bien réglée.

Opérée le 18 mai 1921 (d'urgence).

Inondation péritoneale. Avortement tubo-abdominal droit. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928 :

Bon état général. Souffre un peu du ventre à droite. Règles normales. Pas de pertes blanches. Ni enfant ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XLIV (Service de M. le Dr MICHON).

Mme N..., 38 ans.

Entre le 29 mars 1924 à Beaujon pour syndrome pelvien, douleurs surtout à droite, constipation, fatigue, retard de deux mois avec grosse masse annexielle droite bombant dans le Douglas.

Antécédents : Règles irrégulières douloureuses, deux enfants, deux fausses-couches.

Opérée le 4 avril 1924.

Hématocèle enkystée avec grossesse tubaire droite Ablation des annexes droites et appendicectomie.

Etat en août 1928.

Souffre souvent du ventre, surtout à gauche. Règles très peu abondantes, douloureuses et irrégulières. Pertes blanches, très constipée. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. XLV (Service de M. le Dr MICHON).

Mme D..., 32 ans.

Entre le 20 avril 1924 à Beaujon, pour retard de trois mois

avec métrorrhagies, douleurs par crises depuis un mois et grosse masse dure bloquant l'utérus.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. 2 enfants, pas de fausse-couche.

Opérée le 20 avril 1924.

Hématocèle enkystée du Douglas avec grosses adhérences à l'intestin. Ablation de la masse et des annexes droites. Fermeture.

Etat en août 1928.

Bon état général. Souffre très fréquemment du ventre à droite de douleurs brusques et lancinantes. Règles normales, pas de pertes blanches. Pas d'enfant, une fausse-couche *accidentelle* depuis l'intervention.

Obs. XLVI (Service de M. le Dr MICHON).

Mme H., 26 ans.

Entre le 3 juillet 1924 à Beaujon pour syndrome d'inondation péritonéale avec retard de trois semaines.

Antécédents : Salpingite gauche, suite de couches.

A eu quelques poussées de pelvi-péritonite. Un enfant né en 1920. Souffrait beaucoup du ventre à gauche depuis cette époque. Une fausse couche.

Opérée le 5 juillet 1924 (d'urgence).

Inondation péritonéale. Grossesse ampullaire gauche rompue. Ablation des annexes gauches. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Se trouve beaucoup mieux depuis l'opération. Règles presque normales, Souffre cependant un peu du ventre. A eu un enfant en 1925. Petite éventration.

Obs. XLVII (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Madame M., 25 ans.

Entre le 28 septembre 1926 à Saint-Louis pour syndrome d'anémie aiguë avec retard de deux mois.

Antécédents : très bien réglée. Deux enfants, une fausse couche.

Opérée le 28 septembre 1926 (d'urgence).

Inondation péritonéale. Grossesse tubaire droite rompue. Ablation de la trompe droite avec conservation de l'ovaire. Fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Asthénie, migraines très fréquentes. Ne souffre pas du ventre. Règles presque normales. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse couche depuis l'intervention.

Obs. XLVIII (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Madame M., 39 ans.

Entre le 10 novembre 1926 à Saint-Louis pour douleurs pelviennes avec masse annexielle droite prise pour salpingite ou hémato-salpinx.

Antécédents : Bien réglée antérieurement (pas de retard net). Pas d'enfant, une fausse couche.

Opérée le 23 novembre 1926.

Hémato salpinx droit enkysté. Pas de sang dans le péritoine. Ablation des annexes droites. Un drain et une mèche.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre mais présente des règles extrêmement douloureuses. Pertes blanches. Très constipée. Ni enfant, ni fausse couche depuis l'intervention.

Obs. XLIX (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Madame L., 32 ans.

Entre le 14 septembre 1926 à Saint-Louis pour syndrome d'inondation péritonéale. Retard de six semaines.

Antécédents : Régulée très irrégulièrement.

Souffrait du ventre pendant et entre ses règles. Trois enfants pas de fausse couche.

Opérée le 14 septembre 1928 d'urgence).

Inondation péritonéale. Grossesse ampullaire gauche fissurée et saignant. Ablation des annexes gauches, fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Etat général médiocre. Règles très irrégulières. Souffre du ventre à gauche et de l'estomac (?) Très constipée, pas de pertes blanches. Ni enfant, ni fausse couche depuis l'intervention

Obs. L (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Madame V. ., 30 ans.

Entre le 17 juillet 1926 à Saint-Louis pour syndrome douloureux de la fosse iliaque droite sans température. Retard d'un mois 1/2 environ. Cul-de-sac droit et postérieur très douloureux.

Antécédents : Bien réglée antérieurement.

Un enfant. Une fausse-couche

Opérée le 3 août 1926.

Pas de sang dans le péritoine. Hématosalpinx droit en voie de fissuration. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Revue le 3 décembre 1926

Enceinte d'environ 1 mois 1/2.

Etat en août 1928.

A eu un enfant en 1927. Pas de fausse couche depuis. Règles normales. Pas de pertes blanches. Très constipée.

Obs. LI (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Madame V..., 29 ans.

Entre le 11 mai 1926 à Saint-Louis pour syndrome d'inondation péritonéale cataclysmique et syncopale sans retard de règles.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Un enfant, pas de fausse-couche.

Opérée le 11 mai 1926 (d'urgence).

Sang liquide dans tout le ventre. Grossesse isthmique droite rompue. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Le 1^{er} juin 1926. Collection du Douglas. Colpotomie.

Le 12 décembre 1926.

Etat local parfait. Rien au toucher.

Etat en août 1928.

Ne souffre pas du ventre. Bien réglée. Pas de pertes blanches. Ni enfant, ni fausse couche depuis l'intervention.

Obs. LII (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Madame M.... 30 ans.

Entre le 23 février 1926 à Saint-Louis pour douleurs pelviennes, grosse masse remplissant tout le cul-de-sac postérieur et bloquant complètement l'utérus. Retard de trois mois.

Antécédents : souffre toujours du ventre depuis 12 ans. Assez mal réglée. Deux enfants, une fausse-couche.

Opérée le 28 mars 1928.

Petit bassin rempli par une masse ovulaire contenant un fœtus de trois mois environ, mort et macéré. Cette masse adhère au sigmoïde. Ablation laborieuse de cette masse et ablation des annexes gauches englobées dans elle. Nettoyage. Fermeture en un plan avec un drain et une mèche.

Etat en août 1928.

Bon état général. Souffre du ventre à droite.

A eu une éviscération réopérée en 1927. Règles douloureuses et irrégulières. Pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. LIII (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme T..., 27 ans.

Entre le 6 juin 1926 à Saint-Louis pour douleur brusque dans le bas-ventre avec retard d'un mois 1/2 et quelques pertes poisseuses et noirâtres.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Ni enfant ni fausse-couche.

Opérée le 11 juin 1926.

Sang et caillots dans le péritoine. Avortement tubo-abdominal gauche. Ablation des annexes gauches, un drain, fermeture.

Etat en août 1928.

Souffre beaucoup du ventre à gauche, constipée, règles normales, pertes blanches, a eu un enfant en 1927.

Obs. LIV (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme G..., 39 ans.

Entre le 25 avril 1925 à Saint-Louis pour syndrome douloureux pelvien, retard de deux mois, métrorrhagies.

Antécédents : métrite et salpingite depuis 1923. Bien réglée, un enfant, une fausse-couche.

Opérée le 30 avril 1925.

Sang coagulé dans le Douglas, volumineux hématosalpinx gauche enclavé dans le Douglas. Ablation des annexes gauches, un drain.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre. Bien réglée. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. LV (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme L..., 30 ans.

Entre le 1^{er} avril 1925 à Saint-Louis avec le diagnostic de grossesse extra-utérine non rompue.

Antécédents : bien réglée, 3 enfants, pas de fausse-couche.

Opérée le 9 avril 1925.

Sang peu abondant dans le cul-de-sac de Douglas. Hématosalpinx droit. Ablation des annexes droites, fermeture sans drainage.

Etat en août 1928.

Bon état général. Ne souffre pas du ventre. Bien réglée. A

eu depuis l'intervention un enfant mort deux jours après sa naissance. Pas de fausse-couche.

Obs. LVI (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme C..., 39 ans.

Entre le 21 février 1925 à Saint-Louis pour inondation péritonéale, retard d'un mois.

Antécédents : Bien réglée, six enfants, 2 fausses-couches.

Opérée le 21 février 1925 (d'urgence).

Inondation péritonéale. Avortement tubo-abdominal droit. Ablation des annexes droites. Fermeture.

Etat en août 1928.

Souffre du côté gauche au moment de ses règles. Règles irrégulières, quelques pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. LVII (Service de M. le Dr CHIFOLIAU).

Mme D..., 34 ans.

Entre le 1^{er} février à Saint-Louis pour douleur brusque de la fosse iliaque droite avec signes d'anémie. Retard de deux mois 1/2.

Antécédents : Salpingite traitée médicalement surtout à droite. Assez bien réglée, un enfant, pas de fausse-couche.

Opérée le 1^{er} février 1925 (d'urgence)

Sang dans tout l'abdomen. Grossesse ampullaire droite rompue avec torsion de la trompe autour d'une frange épiploïque. Salpingite gauche ancienne. Ablation des annexes droites. Appendicectomie. Paroi en trois plans sans drainage.

Le 10 février 1925.

Collection purulente de la fosse iliaque droite. Incision.

En septembre 1925 : Bonne cicatrice, souffre du ventre.

Etat en août 1928.

Souffre du ventre à droite. Très constipée. Règles en

avance. Pertes blanches, ni enfant, ni fausse-couche depuis l'intervention.

Obs. LVIII (Service de M. le D^r CHIFOLIAU).

Mme O..., 31 ans.

Entre le 31 décembre 1924 à Saint-Louis pour douleurs pelviennes, fatigue, pâleur, retard d'un mois, quelques pertes sanglantes.

Antécédents: Bien réglée antérieurement, trois enfants, 3 fausses-couches.

Opérée le 28 janvier 1925.

Sang et caillots dans le ventre, grossesse isthmique gauche rompue. Ablation des annexes gauches. Fermeture.

En mai 1927.

A été réopérée de *grossesse extra-utérine droite rompue.*

Etat en août 1928.

Ne souffre presque jamais du ventre. N'est plus réglée, quelques pertes blanches. Ni enfant, ni fausse-couche entre la première et la seconde grossesse ectopique.

Obs LIX (Service de M. le D^r CHIFOLIAU).

Mme P..., 23 ans.

Entre le 24 janvier 1925 à Saint-Louis pour syndrome pelvien avec douleurs et retard de six semaines. Masse annexielle postérieure douloureuse.

Antécédents: bien réglée antérieurement, ni enfant ni fausse-couche.

Opérée le 27 janvier 1925.

Sang dans l'abdomen. Hématosalpinx gauche. Ablation des annexes gauches. Fermeture sans drainage

Etat en août 1928

Bon état général. Ne souffre pas du ventre. A fait une fausse-couche en juin 1928. Pas d'enfant depuis l'intervention.

Obs. LX (Service de M. le Dr MICHON).

Mme L..., âgée de 28 ans.

Entre le 8 février 1928 à Beaujon pour retard de deux mois. Douleur brusque. Quelques pertes rouges, signes d'anémie très accentués.

Antécédents : Bien réglée antérieurement. Ni enfant, ni fausse-couche.

Opérée le 8 février 1928 (urgence).

Inondation péritonéale, ventre plein de sang et de caillots. Kyste fœtal rompu siégeant sur la *trompe droite* au ras de la corne utérine. Exérèse des annexes droites, ce qui force à réséquer la corne utérine droite que l'on referme en deux plans. Fermeture sans drainage.

Suites, simples ; sort guérie le 22^e jour.

Etat en novembre 1928.

Très bon état général. Règles très douloureuses. Pas de pertes blanches. Au toucher pas de masse annexielle perceptible (utérus légèrement dévié à gauche) aucune grossesse depuis l'intervention.

Obs. LXI (CLAUDE BEGLÈRE) :-

Mme G..., 27 ans.

Entre à Tenon le... 1923 pour signes de grossesse. Retard de 15 jours, perte de sang avec caillots. Douleur abdominale brusque.

Intervention : grossesse extra-utérine gauche rompue. Appendicectomie.

Revue en 1927 : A eu un retard de 8 à 10 jours, puis les règles sont venues et depuis aucun retard.

Etat en 1929 : Assez bien, mais stérilité absolue depuis l'intervention.

Au toucher : utérus rétroversé, à gauche cul-de-sac empâté, à droite cul-de-sac sensible.

Lipiodol : Utérus dévié à droite.

Trompe droite injectée.

Contrôle : Perméabilité certaine de la trompe droite mais inférieure à la normale avec un peu de liquide dans le Douglas, car présence de taches en gouttes sur la ligne médiane,

CONCLUSIONS

1) La nidation ectopique de l'œuf dans les grossesses extra-utérines relève pratiquement toujours d'une cause tubaire, consistant en une altération histologique et physiologique d'ordre inflammatoire de la trompe, modifiant considérablement les conditions du transit ovulaire au point de bloquer l'œuf dans son parcours salpingien.

2) Cette lésion inflammatoire relève dans l'immense majorité des cas du gonocoque, la contamination conjugale pouvant, dans presque tous les cas, être décelée par l'examen rétrospectif.

3) Les suites éloignées des malades opérées de grossesse extra-utérine par castration unilatérale sont essentiellement caractérisées dans 76,7 % des cas environ par une stérilité secondaire persistante due à l'imperméabilité tubaire du côté opposé restant. Cette imperméabilité tubaire peut être soupçonnée cliniquement sur la constatation de lésions macroscopiques. Elle ne peut être affirmée que par l'examen radiolipiodolé. Elle

rend compte du pourcentage considérable des stérilités post-opératoires après extra-utérine opérée, comme d'ailleurs après la plupart des castrations unilatérales pour salpingite.

4) Les récidives de nidation ectopique du côté opposé sont rares (3,27 % de nos cas), contrairement à l'opinion des auteurs allemands, et relèvent d'un processus de perméabilité tubaire incomplète ou insuffisante.

5) Les grossesses ultérieures sont un peu plus fréquentes (20 % de nos cas). Elles ne présentent rien de particulier, sauf les risques d'infection à point de départ salpingien.

6) Ces notions permettent d'affirmer que, dans les formes de grossesse extra-utérine opérées d'urgence, le traitement doit être simple et rapide, hémostatique avant tout, en ne conservant l'ovaire que si cela ne complique pas et n'allonge pas l'intervention.

Les conservations partielles de l'ovaire dont l'hémostase est souvent difficile, les résections systématiques de la corne utérine, l'hystérectomie d'emblée, semblent donc des pratiques à déconseiller dans les cas d'urgence.

7) Le traitement des suites éloignées dépend des lésions constatées qui nécessitent des conduites diverses.

8) La stérilité post-opératoire est d'un diagnostic causal souvent facile, en particulier grâce à l'explora-

tion lipiodolée bien exécutée. Le traitement en est par contre singulièrement décevant et ne donne que des chances minimales et exceptionnelles de réussite, quelle que soit la technique employée.

Vu le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BACULESCU. — Etude statistique sur la grossesse extra-utérine (*Gazette des Hôpitaux*, 24 août 1908).

BARRET. — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine (*Thèse Paris*, 1927).

BÉCLÈRE (Claude). — L'exploration radiologique en gynécologie (Paris, 1928, Masson, éditeur).

BONN. — Les diverses théories concernant l'étiologie de la grossesse extra-utérine (*West. M. Times, Denver*, 297-303, 1924-1925).

DE BUSTAMENTE. — Notions sur la nidation extra-utérine (*Rev. Med. Cubana, Habana*. XXXIV, 713-721, 1923).

CONTI. — Sur un cas de récurrence de grossesse extra-utérine (*Riv. ospedal, Roma*, 1922, XII, 369-375).

COTTE. — Sur l'étiologie et le traitement des grossesses tubaires (*Lyon Chirurgical*, 1922, p. 665).

COTTE. — Statistique de grossesse extra-utérine (*Société de Chirurgie de Lyon*, 19 avril 1923).

CUTELLI. — Contribution à l'étude des récurrences de grossesses ectopiques (*Riv. d'ostet. e. ginec. prat*, Palermo 118-125, 1925).

DAUPHIN. — Travaux récents sur la grossesse extra-utérine (*Progrès Médical*, n° 37, septembre 1925).

DIETRICH. — Au cours d'une laparotomie pour grossesse extra-utérine, doit-on enlever l'autre trompe ? (*Zentralbl. für Gynäk*, n° 14, 1921).

ENGEL (A. C.). — Etiologie de l'extra-utérine (*Marquette University, Milwaukee*, 1924).

EVANS J. — Grossesse ectopique (*Tr. West. Surg. Ass.*, 1921, Minneap., 1922, XXI, 345-359).

FALK. — La salpingite folliculaire est un facteur important dans l'étiologie de la grossesse ectopique (*American Journal of obstetrics and gynecology*). Vol. 15, n° 6, juin 1928).

GOLDBERGER. — Carcinome de l'ovaire avec grossesse tubaire, 2 cas (*Zentralbl. f. Gynäk*, 294-298, février 1928).

GUILLEMIN A. — Grossesse extra-utérine bilatérale successive (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, XIV, 107, 1925).

HARTMANN et BERGERET. — (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, n° 6, avril 1919).

HAMMER et VAN DONGEN. — Un cas d'endométriose tubaire associé à une grossesse extra utérine (*Gynéc. et Obst.*, 414-421, juin 1927).

KELLER. — Grossesse tubaire récidivante dans la même trompe (*La Gynécologie*, juin 1922, p. 343).

KOK. — Causes de la stérilité et de la grossesse ectopique d'après les recherches récentes sur la fonction tubaire (*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 32-39, mars 1927).

LAHM. — Arrêt de développement de la muqueuse tubaire. Son rôle dans la grossesse ectopique et la stérilité (*Deutsche Med. Wchnsch.*, novembre 1927).

LAHM. — Etiologie de la grossesse extra-utérine (*Zentralbl. f. Gynäk*, 752-757, mars 1927).

LABRY et G. MONTEL. — Traitement conservateur de la grossesse extra-utérine (*Lyon Médical*, 443-452, avril 1927).

MASON et STORRS. — Analyse de 400 cas de grossesse extra-utérine (*Boston M. et S. J.*, LXXXIX, 914-919, 1923).

MASSON et H. E. SIMON. — Les grossesses après grossesse ectopique (*S. Clin North-America*, 1601-1607, décembre 1927).

MAZER C. — Analyse de 26 cas de grossesse extra-utérine (*New-York M. J.*, 1923, CXVIII, 555-557).

MÉRAT. — Salpingite et gestation (*Thèse Paris*, 1926).

MOURE et BUQUET. — Fibrome utérin et rupture tubaire (*Société anatomique*, n° 6, février 1920).

OETTINGEN. — Etiologie et traitement de la grossesse extra-utérine (*Zentralbl. für Gynäk*, n° 11, 1922).

OTTOW. — Grossesse après salpingite bilatérale (*Zentralbl. für Gynäk*, 1922, p. 1406).

PATEL. — Grossesse itérative extra-utérine (*Lyon Chirurgical*, 1922, p. 703).

PAUCOT. — Récidive de grossesse ectopique après ovarosalpingostomie (*Bull. soc. d'obst. et de gynéc*, 579, novembre 1926).

PETERSEN. — Récidive de grossesse extra-utérine du même côté (*Progrès Méd.*, 1307-1311, août 1927).

PETIT-DUTAILLIS. — Un nouveau facteur de grossesse ectopique (*Journ. des Praticiens*, n° 23, 1921).

PRITZI. — Causes de la grossesse tubaire (*Zentralbl. f. Gynäk*, 2620-2622, octobre 1927).

REEB M. — Grossesse tubaire provoquée par une solution de continuité complète et ancienne de l'isthme de la trompe (*Bull. Soc. d'Obstr. et de Gynéc. de Paris*, 1923, XII, 376-378).

SAUVÉ. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales successives et simultanées (*Thèse Paris*, 1905-1906).

SCHMID. — Première grossesse interstitielle suivie par une grossesse secondaire normale, 2 cas (*Monatschr. f. Geburtsth. Gynäk*, 352-359, novembre 1927).

SIGWART. — Récidive du même côté de la grossesse extra-utérine (*Zentralbl. für Gynäk*, 1922, n° 18).

STAMM F. — La grossesse extra-utérine (*Ztschr. f. Geburt-ü Gynäk*, Stuttgart, 553-562, 1924-1925).

STAMENI. — Mécanisme de la migration ovulaire dans la grossesse tubaire (*Ann. de Med. et de Chir.*, 1-55-70, 1927-1928).

STAMENI. — Rôle de la migration indirecte de l'ovule dans la détermination de la grossesse tubaire (*Arch. ital. de Biol.*, 42-51, août 1927).

STAMENI. — Causes de la grossesse tubaire. Mécanisme de la migration ovulaire (*Clin. obstet.*, 65-74, février 1927).

TARLO. — Grossesse interstitielle avec angiomyome utérin (*J. Akush. Zhensk. Boliez*, 306 309, mai-juin 1927)

VIALLET et JAHET. — Cas diagnostiqués après injection de lipiodol (*Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, 416-418, août 1927).

WETTERWALD. — Récidive de grossesse ectopique dans la même trompe (*Schweiz. med. Wochensch.*, 271-273, mars 1927).

WILSON-RAMSAY. — Grossesse normale après opération pour grossesse extra-utérine dans les deux trompes (*Proceeding of the Royal Society of Méd.*, avril 1924, t. XVII, p. 53).

*
* *

Pour la bibliographie concernant l'exploration radiologique de l'utérus et des annexes, se reporter au travail de Cl. BÉCLÈRE, cité plus haut.

